



Universidade Nova de Lisboa

**Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes
que recorrem à consulta de DST no Centro de
Saúde da Lapa: Relação entre Conhecimentos,
Atitudes e Práticas de prevenção e a prevalência
de Infecções Sexualmente Transmissíveis**

Ana Filipa Abreu Silva

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
SAÚDE TROPICAL**

(JANEIRO, 2012)



Universidade Nova de Lisboa

**Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes
que recorrem à consulta de DST no Centro de
Saúde da Lapa: Relação entre Conhecimentos,
Atitudes e Práticas de prevenção e a prevalência
de Infecções Sexualmente Transmissíveis**

Ana Filipa Abreu Silva (enfermeira)

Orientação: Professora Doutora Rosa Teodósio (Médica, MsC, PhD)

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em saúde Tropical.**

(JANEIRO, 2012)

Dedico este trabalho a todos os que permitiram e ajudaram na sua realização.

Agradeço a todas a pessoas que directamente ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho. Em particular, agradeço:

- Aos meus pais, família e amigos, pelo reforço positivo que me deram e proporcionaram-me condições para que conseguisse elaborar a presente tese;
- À minha orientadora, Professora Doutora Rosa Teodósio, pelo apoio e orientação no decorrer do trabalho;
- Ao Prof. António Filhó por ter contribuído com os seus conhecimentos na área da sexualidade;
- À Dr.^a Lígia Rodrigues e à Dr.^a Ana Lopes pelo seu contributo na área da Língua Inglesa;
- A toda a equipa do Centro de Saúde da Lapa (em especial, à enf.^a Inês, Dr.^a Irene e Dr.^a Jacinta), pois sem ela não seria possível a realização deste trabalho;
- A todos os utentes que colaboraram com o preenchimento dos questionários, apesar de ser garantido o anonimato e confidencialidade, perderam o seu tempo e expuseram a sua vida íntima;
- Ao Prof. William Yaber, por me ter autorizado a utilizar a escala de avaliação elaborado por si;
- À psicóloga Marta Reis por me ter fornecido alguma bibliografia essencial à realização do meu trabalho
- Ao Prof. João Marôco pelo imprescindível auxílio nas questões estatísticas.

A todos, fica o meu especial agradecimento e apreço.

[RESUMO]

Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa: Relação entre Conhecimentos, Atitudes e Práticas de prevenção e a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ANA FILIPA ABREU SILVA

As Infecções sexualmente transmissíveis possuem distribuição mundial e são um grave problema de saúde pública, com difícil controlo. Estas infecções apresentam-se como causa de mortalidade e morbilidade significativos e propiciam a transmissão do HIV. Assim, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e não interventivo a partir de uma amostra não probabilística por conveniência de 556 utentes que recorreram à consulta do Centro de Saúde na Lapa no período de 1 de Fevereiro a 30 de Julho de 2011.

Verificou-se que os utentes participantes no estudo são maioritariamente jovens, do género masculino e heterossexuais, detentores do ensino secundário ou superior, naturais de diversos países e residentes no concelho de Lisboa e Setúbal. Verificou-se ainda, que esta população apresenta bons conhecimentos, uma atitude de baixo risco para adquirir uma IST, uso inconsistente do preservativo e uma prevalência de infecção de 331 casos por cada 1.000 utentes.

Concluiu-se, com este estudo, que os conhecimentos tendem a influenciar as atitudes, porém tanto as atitudes, como os conhecimentos não se associam estatisticamente com a prática de prevenção e a prevalência de ISTs. Apesar de em algumas situações, os utentes com menos conhecimentos ou com atitudes de maior risco, apresentarem maior percentagem de infecção. Desta forma, há que manter (no mínimo) o investimento que tem sido feito até ao momento. A criação de outras consultas com a mesma filosofia seria positiva e uma mais-valia para toda a comunidade.

PALAVRA-CHAVE: IST, conhecimentos, atitudes e práticas sexuais.

[ABSTRACT]

Sexually Transmissible Infections in patients that attended the STD appointment service in Lapa's Centro de Saúde: Relation between Knowledge, Attitudes and Prevention Practices and the Sexually Transmissible Infections prevalence

ANA FILIPA ABREU SILVA

The sexually transmissible infections have a world distribution and are a severe public health problem, difficult to control. These are significant mortality and morbidity causes and promote HIV transmission. Therefore, has been realized a quantitative, descriptive, exploratory and non-interventional study from a convenient non probabilistic sample of 556 patients that attended the appointment at Lapa's Centro de Saúde from the 1st of February to the 30th of July of 2011.

It has been verified that the sample is mostly young, masculine gender and heterosexual, have high school and college degrees, was born in different parts of the world and lives in Lisbon and Setubal districts. It has also been observed that this sample presents high knowledge, low risk attitude to contract STI, inconsistent use of condom and a prevalence of infection of 331 cases per each 1.000 patients.

It has been concluded, from this study, that the knowledge tend to influence the attitudes, but the attitudes and knowledge are not statistically associated with prevention practice and prevalence of STIs. Although in some cases, the patients with less knowledge or with attitudes of greater risk present a larger percentage of infection. This way (at least), the investment that has been done so far must be kept. The creation of other appointment services with a similar philosophy would also be positive and an added value for all the community.

KEYWORDS: STI, knowledge, attitudes and sexual practices.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMÍVEIS	3
1.1. DEFINIÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	3
1.2. AGENTES ETIOLÓGICOS, PATOGENIA E TRATAMENTO	3
1.2.1. Infecções caracterizadas por úlcera genital	5
1.2.1.1. Sífilis.....	6
1.2.1.2. Donavonose	8
1.2.1.3. Herpes genital	9
1.2.2. infecções caracterizadas por adenopatia inguinal	10
1.2.2.1. Cancróide.....	11
1.2.2.2. Linfogranuloma venéreo	11
1.2.3. Infecções caracterizadas por corrimento uretral	13
1.2.3.1. Infecções gonocócicas	14
1.2.3.2. Infecções não gonocócicas	15
a) Infecções por <i>Chlamydia trachomatis</i>	16
1.2.4. Infecções caracterizadas por corrimento vaginal	17
1.2.4.1. Vaginite	18
a) Tricomoníase	19
1.2.4.2. Cervicite	20
a) Infecção gonocócica	20
b) Infecção não gonocócica causada por <i>Chlamydia trachomatis</i>	21
1.2.5. Infecções caracterizadas por condilomas/ verrugas genitais	22
1.2.6. <i>Molluscum contagiosum</i>	24
1.2.7. Hepatite	25

a). Hepatite A.....	26
b). Hepatite B.....	26
c). Hepatite C.....	27
1.28. VIH.....	28
1.2.9. Infecções por ectoparasitas.....	29
a) <i>Sarcoptes scabiei</i>	29
b) <i>pthirus púbis</i>	30
2. FACTORES DE RISCO	31
2.1. MÉTODOS DE PREVENÇÃO	35
3. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS	40
4. OBJECTIVOS	46
4.1. OBJECTIVO GERAL.....	46
4.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	46
5. HIPÓTESES DO ESTUDO	47
 PARTE II – ESTUDO DE CAMPO	 51
1. MATERIAL E MÉTODOS	51
1.1. TIPO DE ESTUDO	51
1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
1.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	52
1.3.1. Descrição do instrumento de colheita de dados sócio-demográficos e de história de IST.....	52
1.3.2. Descrição do instrumento de avaliação da atitudes face às ISTs	53
1.3.3. Descrição do instrumento de avaliação de conhecimento sobre IST	54
1.3.4. Descrição do instrumento de colheita de dados sobre práticas sexuais	55
1.4. PRÉ-TESTE	55
1.5. MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS.....	55

1.6. METODOLOGIA ESTATÍSTICA	56
1.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	58
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
2.1. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA	59
2.2. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS;.....	62
2.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RELATIVAMENTE ÀS PRÁTICAS SEXUAIS	66
2.4. UTILIZAÇÃO DE CONSULTA E CONHECIMENTOS SOBRE IST	80
2.5. ATITUDES FACE ÀS IST	101
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	112
BIBLIOGRAFIA.....	118
ÍNDICE DE TABELAS.....	142
ÍNDICE DE FIGURAS.....	143
ANEXOS	144
ANEXO 1: Agentes etiológicos Vs Infecções/Doenças.....	145
ANEXO 2: Questionário.....	147
ANEXO 3: Autorização do Autor da escala.....	152
ANEXO 4: Folha explicativa do estudo.....	154
ANEXO 5: Cartão de diagnóstico.....	156
ANEXO 6: Consentimento informado.....	157
ANEXO 7: Parecer do comité de ética do IHMT.....	158
ANEXO 8: Parecer do ACER 3 – Lisboa Central.....	160
ANEXO 9: Respostas às questões de “ <i>STD attitudes scale</i> ”	167

LISTA DE ABREVIATURAS

CAD – Centro de Aconselhamento e diagnóstico

CFI: *Comparative of Fit Index*

CMV: Citomegalovírus

CNP: Classificação Nacional de Profissão

Consult.: Consultado

DIP: Doença Inflamatória Pélvica

DIU: Dispositivo Intra-uterino

DM2: Distância quadrada de Mahalanobis

DST: Doença Sexualmente Transmissíveis

[et. Al.]: e outros

FC: Fiabilidade compósita

GFI: *Goodness of Fit Index*

HPV: Vírus Papiloma Humano

HSH: Homens que têm sexo com Homens

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

LGV: Linfgranuloma venéreo

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCFI: *Parsimony Comparative of Fit Index*

PCR: *Polymerase Chain Reaction*

PGFI: *Parsimony Goodness of Fit Index*

pp.: páginas

RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*

RPR: teste rápido de reagina plasmática

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência adquirida

[s.l.]: sem local

[s.n.]: sem nome

Spp.: várias espécies

UNG: Uretrite Não gonocócica

VDRL: *Veneral Diseases Research Laboratories*

VEM: Variância Extraída Média

VHB: Vírus Hepatite B

VHS -1: Vírus *Herpes Simplex* do tipo 1

VHS -2: Vírus *Herpes Simplex* do tipo 2

VIH – 1: Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 1

VIH – 2: Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 2

VMC: Vírus *Molluscum contagiosum*

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são, actualmente, um grave problema de saúde pública pela alta taxa de incidência e prevalência, morbilidade e mortalidade significativas, elevada taxa de infecções assintomáticas, emergência de estirpes resistentes aos fármacos, eficácia reduzida dos programas sanitários, custos elevados das lutas sanitárias e por facilitarem a propagação do vírus da imunodeficiência humana (VIH).^(1; 2) As ISTs podem originar sérias complicações e graves sequelas no Homem adulto, como no recém-nascido por transmissão vertical (materno-fetal).^(2; 3) Desta forma, apresentam um impacto socioeconómico significativo, especialmente nos países de baixa renda, correspondendo a 17% das perdas económicas causadas por problemas económicos.⁽⁴⁾

As ISTs possuem distribuição mundial. As estimativas de incidência disponibilizadas pela Organização Mundial da Saúde, no ano 1999, eram de 340 milhões e a prevalência de 116,5 milhões de casos. Dos quais, a maior incidência e prevalência incide sobre a América Latina, África subsariana e sul e sudoeste asiático. As estimativas de prevalência para a América Latina, África subsariana e sul e sudoeste asiático, para o ano de 1999, eram de 71, 119, 50 casos por 1.000 habitantes, respectivamente, correspondendo a 18,5; 32 e 48 milhões de casos. Valores muito elevados comparativamente à Europa ocidental. No ano de 1999, eram esperados 20 casos por cada 1.000 habitantes, correspondendo a 4 milhões de casos.⁽⁵⁾ Em Portugal, entre 2000 e 2005, foram reportados 5020 casos de ISTs, pelo Sistema de rede Sentinela, dos quais 784 casos de Sífilis precoce.⁽⁶⁾ Em 2008, através da declaração obrigatória, foram notificados 14 casos de sífilis congénita, 101 casos de sífilis precoce e 67 casos de infecções gonocócicas, correspondendo a uma taxa de incidência de 0,14; 0,95 e 0,63, respectivamente.⁽⁷⁾

O tratamento e a prevenção de ISTs é eminente para interromper a cadeia de transmissão, reduzir o tempo de duração de infecção e prevenir complicações. Porém, torna-se muito difícil tal acontecimento, devido ao sistema de saúde implementado em cada país e a múltiplos factores que poderão favorecer o desenvolvimento de ISTs,

nomeadamente: idade, género, factores biológicos, factores comportamentais e sociais.
(3; 8; 9)

A mudança frequente e o número elevado de parceiros sexuais, relações sexuais com parceiros casuais, procura de profissionais do sexo, uso infrequente de preservativo, homens que têm sexo com homens, ingestão de drogas e álcool, levam a um aumento da probabilidade de contrair algumas ISTs, aquando da exposição da pessoa a possível contacto, sem barreiras protectoras. (3; 8; 9; 10)

Estudos realizados em Portugal mostraram que 98% da população estudada considerava o preservativo como sendo o único método de prevenção face às ISTs. Porém, 48,4% já tiveram relações sexuais sem protecção e 3,6% afirmaram nunca ter usado preservativo. (11)

Assim, é de salientar a importância das acções de educação para a saúde, em questões de prevenção primária, onde todos os profissionais de saúde desempenham um papel importante neste contexto. (12; 13)

A educação para a saúde tem como objectivo a redução do risco, mudança de comportamentos de risco, uso do preservativo e adesão e implementação do tratamento dos utentes de forma célere. Esta apresenta extrema importância para o indivíduo, para que este possa apurar as suas próprias responsabilidades e oportunidades na redução das ISTs. (13)

Assim, pretende-se realizar um estudo no âmbito da prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorram à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa, verificando a relação entre Conhecimentos, Atitudes e Práticas de prevenção e a prevalência de ISTs, na população estudada.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMÍVEIS

1.1. DEFINIÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

O termo pelo qual são actualmente designadas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. Apesar de na maioria dos países a especialidade que se dedica às infecções de transmissão sexual designar-se por dermatovenereologia, a designação de doenças venéreas tem caído em desuso, uma vez que o termo venéreo refere-se à transmissão exclusivamente sexual, bem como remete-se ao estigma da prostituição.⁽⁸⁾ Posteriormente, passaram-se a designar por Doença Sexualmente transmissível (DST), tendo sido substituído em 1999, por Infecção Sexualmente Transmissível (IST) por este último abranger as infecções de cariz assintomático.⁽³⁾

Define-se por IST, toda a infecção transmitida entre pessoas, durante as relações sexuais, a partir do contacto com a pele, mucosas (vaginal, oral, anal ou uretral) e fluidos corporais (secreções uretrais, vaginais, esperma ou sangue do indivíduo infectado).⁽¹⁴⁾

1.2. AGENTES ETIOLÓGICOS, PATOGENIA E TRATAMENTO

Um grande número de microorganismos pode ser de transmissão sexual.⁽¹⁵⁾ Os agentes etiológicos responsáveis pelas ISTs pertencem a 5 grupos: bactérias, vírus, fungos, parasitas e protozoários.^(14; 16) Cada agente é responsável por uma ou mais infecções, como pode ser visualizado no anexo 1.

Como referido anteriormente, algumas ISTs podem ser assintomáticas. Outras causam sintomas, contudo são desvalorizados pelas pessoas infectadas levando desta forma, ao não tratamento adequado e atempado.⁽³⁾ Segundo a OMS, o atraso no tratamento pode provocar sérias consequências e complicações⁽²⁾, nomeadamente:

- Infecção gonocócicas e *Chlamydia trachomatis*: infertilizada masculina e feminina, epididimite, gravidez ectópica;
- Infecção por *Neisseria gonorrhoeae*: cegueira infantil;
- Infecção gonocócicas, *Chlamydia* e bactérias anaeróbicas: Doença Inflamatória Pélvica e peritonite;
- Sífilis adquirida: Problemas cerebrais e cardíacos permanentes.
- Sífilis congénita: Destruição extensiva a nível multiorgânico;
- Vírus do papiloma humano: Cancro genital.

As infecções bacterianas, infecções fúngicas e parasitárias são facilmente tratáveis, com a administração de medicação adequada. Porém, nas infecções virais o tratamento disponível não permite a cura, mas a diminuição e controlo de novos episódios sintomatológicos. A Infecção pelo VIH é considerada uma IST, sendo a sua transmissão facilitada pela presença de outras ISTs. Uma estratégia importante no controle da infecção pelo VIH é o tratamento rápido e eficaz das ISTs curáveis.⁽¹⁵⁾

Desta forma, as ISTs constituem um grupo de características clínicas, epidemiológicas e sanitárias importantes, apresentando actualmente aspectos de carácter emergente, nomeadamente: prevalência e incidência elevada; globalização dos agentes patogénicos devido ao aumento da imigração, viagens e comércio internacional; reconhecimento de novos agentes patogénicos nos últimos anos; morbilidade e mortalidade significativas; emergência de estirpes resistentes aos fármacos anteriormente susceptíveis; aumento da importância das infecções virais; pouca eficácia dos programas sanitários e custos muito elevados na luta sanitária.^(1; 17; 18)

É crucial a implementação de um tratamento eficaz, eficiente e rápido. Este pressupõe o tratamento da infecção actual, com a consequente quebra da cadeia de transmissão. Bem como, a prevenção de reinfeção e/ou aquisição de novas infecções, incentivado à mudança de comportamento e aquisição de práticas de sexo seguro. Assim sendo, dever-se-á tratar a pessoa infectada e o seu parceiro sexual, salvo em situações de infecção iatrogénica no aparelho reprodutor feminino.^(3; 19) É ainda de salientar, que as ISTs não estão confinadas exclusivamente à região genital, dependendo da prática sexual adquirida (oral-genital; genital-anal; oral-anal), assim poder-se-á dar infecções na faringe ou região anal, por organismo da região genital e vice-versa.⁽²⁰⁾

Apesar do tratamento ideal ser considerado o tratamento etiológico, o tratamento sintromico é o mais utilizado. No entanto, os dois complementam-se nos países com maior capacidade económica, ou quando disponíveis os exames laboratoriais. O tratamento etiológico é dirigido a um agente etiológico documentado através de análises e estudos laboratoriais realizados previamente, sendo o mais utilizado em rastreios. Ao passo que o tratamento sintromico, é aquele que tem por base o tratamento empírico face aos sinais e sintomas que a pessoa infectada apresenta.⁽¹⁸⁾

Para uma melhor adesão terapêutica, esta deverá ser eficaz, fácil de tomar (de preferência menos de duas vezes ao dia), poucos efeitos secundários e o mínimo impacto na vida diária da pessoa infectada.⁽²¹⁾

Assim, para um rápido combate às ISTs, as autoridades sanitárias têm estabelecido linhas orientadoras simples e eficazes, para uniformizar o tratamento sintromico.⁽⁸⁾ Em 1991, com o objectivo de aumentar o controlo das ISTs e VIH, a OMS publicou um documento, que tem sido revisto ao longo dos anos, com as recomendações abrangentes para o tratamento e prevenção das ISTs.⁽³⁾

Cada agente patogénico apresenta a sua especificidade, estando logicamente o diagnóstico e o tratamento de cada infecção relacionada com o tropismo, tempo de incubação, meio de transmissão e história epidemiológica. Assim, optou-se por expor os agentes face aos sintomas pelo qual estão caracterizados.

1.2.1. INFECÇÕES CARACTERIZADAS POR ÚLCERA GENITAL

Úlcera genital define-se por um lesão epitelial na pele ou mucosa genital, por vezes acompanhado de adenopatia.^(22; 23)

Na sua maioria, o diagnóstico clínico das úlceras genitais apresenta dificuldades. Muitas vezes, antes de recorrer à assistência médica, a pessoa infectada já aplicou pomadas ou tomou medicação, alterando a apresentação típica da úlcera como documentada na bibliografia, dificultando desta forma a observação, até de médicos mais experientes.⁽²⁴⁾

As úlceras genitais são um importante factor a considerar na prevenção da infecção pelo VIH, porque aumentam a eficácia da transmissão do vírus, promovendo a progressão da imunodeficiência.⁽²⁵⁾ Estas podem ter múltiplas causas etiológicas,

nomeadamente, infecciosa, traumática, neoplásica, tóxica, secundária a outra patologia ou irritação dérmica.⁽¹⁷⁾

As ISTs caracterizadas por úlceras genitais têm como agente etiológico, o *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducrey*, *Klebsiella granulomatis*, *Chlamydia trachomatis* e os VHS do tipo 1 ou 2.^(24; 25) *Haemophilus ducrey* e *Chlamydia trachomatis* serão abordados no subcapítulo 1.2.2, por serem caracterizados em simultâneo por adenopatias inguinais. Qualquer úlcera a nível peri-anal deverá ser considerada como sífilis, até prova em contrário.⁽²⁶⁾

A OMS recomenda que o tratamento deverá ser realizado, após a confirmação de presença de úlcera, tendo em consideração a etiologia e padrão de sensibilidade antimicrobiana. Inicialmente, dever-se-á aplicar o tratamento face a abordagem de tratamento sindrómico, aguardando pela confirmação do agente etiológico. Assim, aquando da falta de seguimento, será garantida uma terapia adequada.⁽³⁾

1.2.1.1. SÍFILIS

A Sífilis tem como agente etiológico uma bactéria anaeróbica facultativa pertencente ao grupo das treponematoses, da ordem *Spirochetales*, da espécie *Treponema pallidum*.⁽⁸⁾

A sífilis é considerada como uma das ISTs clássicas, e a mais importante, pela sua replicação lenta, apresentando uma bacteriémia silenciosa de microrganismos e disseminação multiorgânica precoce, através da via hematogénica e linfática.⁽⁸⁾ A sua contenção depende da resposta imunitária do organismo da pessoa infectada.⁽¹⁸⁾ Pode ter um período de incubação de 9 a 90 dias, mas normalmente é de 2 a 6 semanas.^(18; 24; 27)

A sífilis pode ser classificada face à transmissão, designando-se por congénita (transmissão materno-fetal *in útero*), ou adquirida (transmissão por via sexual ou transfusão sanguínea).⁽³⁾ A sífilis adquirida divide-se em vários estádios. Segundo as raízes francesas, pode subdividir-se em sífilis primária, secundária e terciária. Actualmente utiliza-se a nomenclatura anglo-saxónica que divide os estádios em sífilis recente e tardia (sífilis terciária), estando a sífilis recente subdividida em sífilis complexo primário (sífilis primária) e generalização (sífilis secundária).⁽⁸⁾ Aquando de

um período de latência designa-se por sífilis latente (infecção assintomática, detectada apenas serologicamente) e que se segue à sífilis primária. Esta poder-se-á dividir em sífilis latente recente (inferior a 2 anos) e sífilis latente tardia (superior a 2 anos).^(3; 18)

A sua transmissão é exclusivamente sexual apenas no estágio primário, secundário e latente recente. Existe a probabilidade de transmissão em casos não sexuais, em contexto nosocomial, porém ocorrem raros casos.⁽¹⁸⁾ Todas as idades são susceptíveis, embora a maior prevalência seja em indivíduos com idades entre os 25 e 44 anos e do género masculino, face aos casos reportados.^(18; 28)

Perante um contacto sexual oral, vaginal, ou anal, com uma pessoa infectada, e após o período de incubação, dar-se-á o aparecimento de um eritema localizado que tende a formar uma úlcera não supurativa, de base dura, que caracteriza a sífilis primária.^(24; 27) Esta pode ter várias localizações, dependendo da prática sexual, nomeadamente: órgãos genitais, boca ou ânus, podendo ser acompanhado de adenopatias duras e indolores a nível bilateral.⁽²⁷⁾ Ao contrário das outras regiões anatómicas, as lesões anais e rectais são dolorosas, podendo ser acompanhadas de tenesmo e são comuns em Homens que têm sexo com Homens (HSH).⁽⁸⁾

A fase secundária dá-se após a cicatrização da úlcera (média de 6 semanas) caracterizado por um exantema generalizado, sendo frequente nas palmas das mãos e pés.^(18; 27) A cicatrização da úlcera, bem como o desaparecimento espontâneo da adenopatia inguinal, propícia a ideia de cura.⁽⁸⁾ Posteriormente, dar-se-á um período de latência de semanas a anos, podendo existir manifestações cutâneo-mucosas, nervosas ou cárdio-vascular, caracterizando a sífilis terciária.⁽²⁷⁾

Em qualquer uma das formas clínicas, o diagnóstico apoia-se na anamnese, expressão dermatológica, observação do *Treponema pallidum* em fundo escuro, testes imunitários ao sangue e liquor, bem como histopatologia das lesões cutâneas, ou eventuais outras localizações.⁽⁸⁾

Os testes serológicos dividem-se em testes não treponémico e testes treponémicos. Na prática, os testes treponémicos, são mais sensíveis e mais específicos, confirmam um teste positivo de VDRL ou RPR positivo e informam se o doente esteve ou está infectado com o *T. pallidum*. Ao passo que os testes não treponémicos, são menos específicos e menos sensíveis, confirmam a eficácia do tratamento pela alta

sensibilidade e a persistência dos anticorpos treponémicos, sendo utilizados como *screening*.^(3; 8; 18)

A penicilina é o tratamento de eleição, quebra a cadeia de transmissão em 48 horas. O esquema terapêutico será adaptado ao período evolutivo da infecção e características da pessoa infectada.^(3; 27)

1.2.1.2. DONAVONOSE

Donavonose, denominado também por granuloma inguinal, tem como agente etiológico uma bactéria gram-negativa, denominada por *Klebsiella granulomatis*, anteriormente conhecido por *Calymmatobacterium granulomatis*. A presente infecção é pouco comum na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), sendo frequente nos países tropicais e países em desenvolvimento, como: Brasil, Índia, Papua, Nova Guiné, Caribe, Austrália Central e sul de África, Zâmbia e Vietname.^(23; 29; 30)

A apresentação clínica é atípica, estando descritas quatro variantes: (1ª) úlceras granulomatosas, (2ª) lesões do tipo hipertróficas, (3ª) úlceras profundas com tecido necrótico e sem exsudado evidente e (4ª) lesões que simulam o carcinoma, sem linfadenopatia associada, mas podem apresentar massas inguinais, a partir do tecido subcutâneo.⁽¹⁸⁾

A sintomatologia tem início 1 a 12 semanas após o contacto. No homem pode atingir o pénis, escroto, região inguinal e as coxas. Nas mulheres tende em atingir a vulva, vagina e as áreas de pele circundante.⁽³¹⁾ As lesões extra-genitais, apesar de serem raras, podem ocorrer de forma disseminada nos órgãos intra-abdominal, ossos ou boca.^(29; 32) Podem surgir complicações, nomeadamente: hemorragia, lesão bacteriana secundária, linfedema genital, mutilação genital e cicatrização, desenvolvimento de carcinoma espinocelular.^(29; 30)

A transmissão é predominantemente por via sexual. A via não sexual não está bem documentada, podem ocorrer (muito raramente) casos de transmissão perinatal aos recém-nascidos ou auto-inoculação.^(18; 32)

O diagnóstico clínico é altamente sugestivo, porém em alguns é necessário recorrer a meios de diagnóstico, incluindo a microscopia directa e a PCR.^(23; 32)

A OMS recomenda que o tratamento se mantenha até a cicatrização total das lesões, devendo o doente ser seguido clinicamente até ao desaparecimento de todos os sinais e sintomas. Os antibióticos recomendados são azitromicina ou doxiciclina.⁽³⁾ Poderá existir uma recaída dentro de 6 a 18 meses após a cura aparente.⁽²⁹⁾

1.2.1.3. HERPES GENITAL

O herpes genital é uma infecção causada pelo Vírus *Herpes Simplex* (VHS) do tipo 1 ou do tipo 2, pertencente à subfamília *Alphaherpesvirinae*, da família *Herpesviridae*.⁽³³⁾ O VHS-2 é responsável pela maioria das lesões genitais e a sua transmissão é associada ao contacto sexual. Enquanto, que o VHS-1 é responsável pela maioria dos herpes a nível oro-labial, sendo a sua transmissão por contacto directo com as lesões.^(34; 35; 36) Qualquer um dos tipos pode ser transmitido, quando em contacto directo com secreções contaminadas. É rara a auto-inoculação ou infecção nosocomial.⁽¹⁸⁾

Segundo a OMS, o VHS é a causa mais comum de úlcera genital a nível mundial, tendo elevada importância na saúde pública, por ser um agente facilitador na transmissão do VIH.⁽³⁾ Todas as idades são susceptíveis, porém verifica-se maior contágio entre os 25-35 anos. No que respeita ao género e à orientação sexual, verifica-se maior susceptibilidade nas mulheres e HSH.⁽¹⁸⁾

O herpes genital pode ter carácter assintomático ou sintomático. A fase sintomática é caracterizada pela presença de vesículas forma de “cachos de uva” com conteúdo seroso, normalmente acompanhadas de adenopatias inguinais bilaterais e dolorosas. Após o contacto infectante, surge uma sequência de 3 fases: fase prodrómica (início 2 a 10 dias), fase ulcerativa (4 a 15 dias) e fase de reepitilização (2 a 3 semanas).^(18; 23; 36; 37; 38) A pessoa infectada pode referir ainda, disúria, corrimento uretral/vaginal ou prurido.⁽²³⁾

A infecção pelo VHS divide-se em dois tipos: episódio inicial (primoinfecção) e episódios recorrentes.⁽³⁴⁾ O vírus tem a capacidade de permanecer em estado de latência no sistema nervoso autónomo, manifestando-se na presença de alguns factores: febre, menstruação, estado emocional/stresse, reacções alérgicas, exposição à luz solar e traumatismo mecânico e relação sexual.^(23; 37)

Os episódios primários normalmente costumam ser mais exuberantes, podendo ser acompanhados de queixas sistémicas, nomeadamente, mialgias, febre, cefaleia e mau-estar geral. ^(23; 36) O VHS poderá apresentar algumas consequências, nomeadamente, meningite herpética, disfunção do sistema nervoso autónomo com retenção urinária por parésia da bexiga, mielite transversa, complicação de lesões genitais e extra-genitais, infecção disseminada visceral, possibilidade de contágio ao recém-nascido durante o parto, infecção transplacentária com morte *in útero*. ^(23; 37)

O diagnóstico do herpes genital é essencialmente clínico, podendo ser apoiado pelo teste Tzanck, necessitando de confirmação pelo isolamento do vírus. ^(36; 39; 40) A serologia é auto-limitada no diagnóstico, informando apenas se a pessoa esteve em contacto com o vírus ou se houve seroconversão. ^(23; 36)

O tratamento não permite a erradicação do vírus, mas a cicatrização das lesões e redução da gravidade e frequência dos episódios recorrentes. Tanto num episódio primário, como num episódio recorrente, está aconselhado abstinência sexual até cura das lesões, tratamento da úlcera genital e a administração de antiviral (aciclovir, valaciclovir ou famciclovir). ^(34; 36) Está recomendada cesariana, em situação de lesão hérpética genital, aquando do parto. ⁽³⁷⁾ Poderá ser necessário o internamento, quando é diagnosticado meningite, disfunção do sistema nervoso autónomo ou infecção concomitante com VIH positivo em situação de episódio primário de herpes genital. ⁽³⁹⁾

1.2.2. INFECÇÕES CARACTERIZADAS POR ADENOPATIA INGUINAL

Adenopatia inguinal, designado também por bubão inguinal, é um alargamento localizado e doloroso dos nódulos linfáticos situados na região inguinal, podendo ser flutuantes. Os agentes frequentemente associados a este tipo de infecção são: Cancróide e linfogranuloma venéreo (LVG). ^(3; 17) Algumas infecções, como infecções dos membros inferiores ou linfadenopatia tuberculosa, podem causar adenopatias inguinais, porém não são de transmissão sexual. ⁽³⁾

1.2.2.1. CANCRÓIDE

Cancróide, conhecido também por úlcera mole, cancro mole, cancro de Ducrey ou cancro venéreo, tem como agente etiológico uma bactéria gram-negativa designada por *Haemophilus ducrey*.^(23; 9) Pouco frequente na Europa e nos EUA.⁽²⁵⁾ Apesar de apresentar maior prevalência na África, Sudeste asiático e Caribe, a presente infecção é rara, sendo a sua erradicação considerado exequível.^(3; 10) De transmissão exclusivamente sexual, sem predilecção por idade, género ou orientação sexual, porém a maioria dos casos reportados são homens, entre os 25 e os 35 anos.⁽¹⁸⁾

O Cancróide é caracterizado pela presença de úlceras genitais de base mole associada a adenopatias inguinais flutuantes unilaterais ou bilaterais. As úlceras tendem a surgir 2 a 10 dias, após um contacto sexual com uma pessoa infectada.^(25; 37; 41; 42)

No Homem a localização mais comum é no sulco balonoprupal, superfície externa e interna do prepúcio e no freio da glândula. Na mulher frequentemente podem encontrar-se lesões à entrada da vagina, incluindo os grandes e os pequenos lábios.^(37; 41)

O diagnóstico depende do isolamento do agente etiológico na úlcera genital ou na adenopatia inguinal, através da cultura. Na inexistência da cultura, o diagnóstico segue-se pela apresentação clínica das lesões, e na negatividade dos outros agentes responsáveis por úlceras genitais: herpes genital, LGV e sífilis.^(3; 23; 25; 41; 42)

O tratamento do cancro mole tem por base o tratamento das úlceras genitais, aspiração do conteúdo das adenopatias e administração de antibiótico (ciprofloxacina, eritromicina, azitromicina ou ceftriaxone), devendo ser observado semanalmente até melhoria. A OMS alerta para a resistência deste agente às tetraciclina e penicilinas na maioria das áreas geográficas.^(3; 10; 43) Em caso de não melhoria (3 a 7 dias) dever-se-á considerar a possibilidade de diagnóstico incorrecto, co-infecção de outra IST incluindo VIH, má aplicação do esquema terapêutico ou resistência microbiana.^(10; 43)

1.2.2.2. LINFOGRANULOMA VENÉREO

Linfogranuloma Venéreo (LGV) também conhecido por linfopatia venérea, bubão tropical, bubão climático, doença de Durand-Nicolas-Favre, entre outros, tem como agente etiológico uma bactéria designada por *Chlamydia trachomatis*.^(44; 45) A C.

trachomatis apresenta múltiplos serotipos, cada um é responsável por uma doença/infecção, nomeadamente: Serotipo A-C é responsável pelo Tracoma, causador de doença ocular; o serotipo D-K são responsáveis pelas infecções genito-urinárias e o serotipo L1-L3 são responsáveis pelo LGV.^(8; 46)

O LGV e os serotipos responsáveis pelo tracoma são pouco frequentes nos países de alta renda, sendo a maioria dos casos descritos recentemente como adquiridos em áreas endémicas. Este agente apresenta maior prevalência em África, Ásia, América do Sul e Caribe. Têm-se verificado maior prevalência em indivíduos de raça negra, do género masculino, com idades entre os 15 e 40 anos.⁽⁴⁵⁾ LGV é de transmissão exclusivamente sexual, estando descritos alguns surtos em HSH.^(18; 44)

LGV apresenta tropismo pelos vasos linfáticos, visto que as outras espécies necessitam de ruptura dos tecidos para chegarem ao tecido linfático.⁽⁴⁵⁾ Os sintomas iniciam-se, 3 a 30 dias após um contacto sexual com uma pessoa infectada, estando dependentes do local de inoculação em consequência da prática sexual realizada. Desta forma, podem ser encontradas lesões a nível da vulva, vagina, pénis, recto, cavidade oral e ocasionalmente na cervix.^(42; 47)

Clinicamente, podem ser observadas três fases distintas: lesão primária, desenvolvimento de nódulos linfáticos (2 a 6 semanas depois da lesão primária) e desenvolvimento de proctocolite.^(47; 48)

Quando da existência da prática de sexo anal, pode iniciar-se um quadro de proctite, com manifestações severas. LGV normalmente, em situação de proctite, não é acompanhado de adenopatia inguinal e/ou femural e pode simular algumas doenças inflamatórias crónicas intestinais.⁽⁴⁸⁾ O diagnóstico diferencial deverá incluir outras ISTs e doenças gastrointestinais, tais como: sífilis, cancroide, proctite gonocócica, disenteria amebiana, doença de Crohn, colite ulcerativa e carcinoma anal.⁽⁴⁹⁾

C. trachomatis é identificado através de cultura, testes de amplificação de ácidos nucleicos ou serologia, sendo confirmado o diagnóstico de LGV após a identificação do serotipo L1-L3.⁽⁴⁹⁾ Em caso de falta de meios laboratoriais, é recomendado a administração terapêutica, tendo por base uma abordagem de tratamento sintomático para HSH com proctite detectada por proctoscopia ou VIH positivo.⁽⁵⁰⁾

O tratamento recomendado pela OMS tem por base a administração de antibiótico (doxicilina ou eritromicina) e a aspiração dos nódulos flutuantes.^(3; 10) Sem

tratamento, a inflamação dos vasos linfáticos pode dar origem a edema e fibrose crónica esclerosante, com consequente estenose, fístula da região envolvida; elefantíase, deformidade dos órgãos genitais externos, obstipação, estenose rectal, mega cólon, e infecções secundárias em lesões do cólon ou recto.^(10; 48; 45) A elefantíase ou a estenose rectal poderão exigir tratamento cirúrgico.⁽³⁷⁾

1.2.3. INFECÇÕES CARACTERIZADAS POR CORRIMENTO URETRAL

Os principais agentes responsáveis pela presença de corrimento uretral são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, agentes causadores de infecções gonocócicas e não gonocócicas, respectivamente.⁽³⁾ Porém, outros agentes também poderão ser responsáveis pela presença de corrimento uretral, sendo considerados mutuamente como infecções não gonocócicas, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* e *Trichomonas vaginalis*.⁽¹⁰⁾

O corrimento uretral, disúria e/ou prurido uretral são os principais sintomas de uretrite. Define-se por uretrite, a presença de sinais inflamatórios na uretra, podendo ser de etiologia infecciosa ou não infecciosa.⁽¹⁰⁾ O termo inespecífico de uretrite aplica-se a todas uretrite que não sejam causadas por *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*.⁽²¹⁾

Todos os homens com queixas de corrimento uretral e/ou disúria, deverão ser observados para verificar a existência de corrimento. Sendo recomendada microscopia em todos os homens sintomáticos, com o objectivo de detectar presença de gonococos.^(3; 21)

O tratamento adequado de um utente com corrimento uretral deverá contemplar a *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*, por serem os principais agentes responsáveis por uretrite. O tratamento deve ser iniciado assim que realizado o diagnóstico, sem esperar pelos resultados laboratoriais, quer dos testes de *C. trachomatis*, como da cultura de *N. gonorrhoeae*.⁽²¹⁾

Neste capítulo serão abordadas as infecções específicas no homem, ao passo que a infecção na mulher será desenvolvida no ponto 1.2.4.2.

1.2.3.1. INFECÇÕES GONOCÓCICAS

As infecções gonocócicas são causadas por um diplococco gram-negativo, pertencente à família *Neisseriaceae*, do género *Neisseria*. Do género *Neisseria* apenas os agentes *N. gonorrhoeae* e *N. meningitidis*, são patológicos para o Homem, sendo o primeiro responsável pela gonorreia, também como conhecido por blenorragia.^(51; 52) Na sua maioria, a *N. gonorrhoeae* afecta jovens entre os 15 e os 34 anos, com predominância no género masculino.^(49; 28; 53)

A transmissão é de carácter sexual (oral-genital-anal) ou perinatal durante o parto, por inoculação directa com secreções infectadas a nível da mucosa.^(54; 55) O reservatório natural do gonococo é o Homem, sendo o homem doente ou portador a principal fonte infecção, apresentando alta contagiosidade. As mucosas, genital e anal, representam a entrada e saída do agente etiológico.^(51; 56) A infecção por *N. gonorrhoeae* é caracterizada pela presença de exsudado, devido à actuação do sistema imunitário.^(51; 52)

Usualmente, afecta as mucosas do tracto genital inferior, sendo a uretra no homem e o endocérnix na mulher os primeiros locais a serem colonizados. Porém, pode afectar as mucosas do recto, orofaringe, conjuntiva e outros tecidos aquando de formas mais disseminadas.^(51; 52; 57) Em caso de propagação poderá surgir doença inflamatória pélvica (DIP) nas mulheres ou epididimite nos homens. Se ocorrer septicemia, poder-se-ão originar lesões na mucosa, sinovite, artrite séptica, endocardite ou meningite, originando manifestações sistémicas.^(49; 52)

Os sinais e sintomas tendem a manifestar-se no homem 2 a 10 dias, após o tempo de incubação, e reflectem a localização de inoculação.^(24; 55) No homem é frequente observar-se uretrite, acompanhado de corrimento uretral e disúria, sendo precedido de uma sensação de formigueiro e prurido intrauretral.^(49; 55; 58) Não há febre, nem adenopatias.⁽²⁴⁾ Quando de gonorreia rectal, a pessoa infectada poderá sentir prurido anal, tenesmo, secreção rectal mucopurulenta e dejectões dolorosas. Em caso de conjuntivite, pode ser observado exsudado seroso e edema palpebral, que progressivamente torna-se purulenta e viscoso.⁽⁴⁹⁾

O diagnóstico de gonorreia passa pela identificação do agente *N. gonorrhoeae* no local infectado, através de microscopia com coloração de gram, PCR ou cultura. Este deverá ser rápido, idealmente na primeira consulta médica, para permitir de forma célere o início da terapêutica e consequentemente a interrupção da cadeia de

transmissão.^(55; 57) Em alguns casos, após a toma de terapêutica e na persistência de sintomas, é recomendado a cultura em meio selectivo.⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾ A recolha e análise de amostras faríngeas e rectais dependem da história sexual e sintomas locais, sendo recomendado examinar todos os homens que recebam práticas sexuais por via oral, anal ou contacto digital-anal.⁽⁵⁵⁾

Como referido anteriormente, o tratamento deverá contemplar *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*, salvo em situações de exclusão deste último por meios laboratoriais. O tratamento consistente na abstinência sexual e administração em dose única, por via intramuscular de cefixima, ciprofloxacina e espectinomicina.^(3; 36; 55)

Podem surgir algumas complicações, como sejam: epididimo-orquite, balanopostite, cowperites, prostatites e cistite, com consequente infertilidade.^(49; 51) Porém, na maioria dos homens com infecções uretrais causadas por *N. gonorrhoeae*, o desenvolvimento de sintomas leva-os a procurar tratamento, evitando sequelas graves, contrariamente às mulheres.⁽¹⁰⁾

1.2.3.2. INFECCÕES NÃO GONOCÓCICAS

As uretrites não gonócicas (UNG) são uma infecção de transmissão sexual, comum nos homens, causadas por múltiplos agentes, *Chlamydia trachomatis* (30-50%); *Mycoplasma genitalium* (10-30%); *Ureaplasma urealyticum*; *Trichomonas vaginalis*, espécies de estreptococos, *Gardnerella vaginalis*, adenovírus, enterobactérias; *Candida albicans*, *Echerichia Ecoli*, *Giardia lambia* e *Entamoeba histolytica*. Porém, é questionável a associação dos adenovírus, *Gardnerella vaginalis*, VHS, entre outros agentes, às UNG.^(10; 59; 60) Com frequência tem sido associado a *Trichomonas vaginalis* a uretrite assintomática nos homens. Gradualmente, tem-se vindo a observar um aumento de uretrites sintomáticas não-gonocócicas e não clamídica, causadas por este agente.⁽³⁾

Os principais sintomas prendem-se com o corrimento uretral esbranquiçado, irritação peniana, disúria, poliúria, polaquiúria; podendo ainda ser acompanhado por edema e dor testicular. O corrimento uretral pode ser observado pelo médico, ou na massagem peniana.^(21; 61)

Tradicionalmente, o diagnóstico de UNG exige a microscopia para evidência de uretrite.⁽⁵⁹⁾ Actualmente, é recomendado o esfregaço uretral apenas em homens sintomáticos, uma vez que, uma proporção significativa de homens portadores de uretrites não apresenta evidência microscópica. As uretrites não gonocócicas (UNG) recorrentes acontecem em 10 a 20% das pessoas infectadas.^(21; 59)

A escolha terapêutica de eleição é azitromicina. Em casos de UNG persistente, porém pode ser administrado Metronidazol ou Eritromicina, com o intuito de contemplar outros agentes, *Mycoplasma genitalium* e *Trichomonas vaginalis*.⁽²¹⁾

Em situação de não tratamento ou falha terapêutica, podem surgir algumas complicações, como sejam: epididimo-orquite, artrite reactiva sexualmente adquirida ou Síndrome de Reiter's.⁽²¹⁾

A) INFECCÕES POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Chlamydia trachomatis é uma bactéria intracelular obrigatória, que infecta mais de 90 milhões de pessoas ao ano, por transmissão sexual.⁽⁶²⁾ Esta é a causa mais comum de UNG.⁽⁶⁰⁾ Como referido anteriormente, apresentam vários serotipos, sendo os serotipos D-K, os responsáveis pela infecção genitourinária.^(8; 46)

Apesar de muitos casos ficarem sub-diagnosticados, sabe-se que as infecções por *C. trachomatis* afectam maioritariamente indivíduos com idades entre os 15 e aos 24 anos, do género feminino, e com antecedentes de infecções por *C. trachomatis*, provavelmente, por factores biológicos ou comportamentos sexuais inerentes a este grupo.^(18; 10; 63; 64; 65) Em 2009, foram notificados 344 mil casos em toda a Europa.⁽⁶³⁾

A transmissão é exclusivamente por contacto sexual ou perinatal, excepto na transmissão das estirpes responsáveis pelo tracoma nas crianças. Ocasionalmente, poderá ocorrer transmissão por enemas ou brinquedos sexuais, como sugerido na epidemia de proctite por LGV. A infecção faríngea durante a prática de sexo oral é rara, contrariamente ao que acontece na *N. gonorrhoeae*. A transmissão entre os parceiros sexuais é de 75%, sendo importante a notificação e rastreio dos mesmos.^(18; 62)

Após um período de incubação de 7 a 21 dias (máximo 6 semanas), o homem tende a apresentar queixas de disúria, corrimento uretral esbranquiçado em pequena quantidade, prurido uretral, uretrite e dor testicular.^(18; 64; 65)

Este agente normalmente é sintomático nos homens e afecta essencialmente o tracto urogenital, podendo progredir para o epidídimo, quando não tratadas.⁽⁶⁴⁾ A epididimite aguda pode ser de etiologia inespecífica ou por *N. gonorrhoeae*. O homem apresenta dilatação do epidídimo e testículo, dor e eritema ocasional a nível do escroto.⁽¹⁸⁾

O diagnóstico clínico é subjectivo, pelo que é necessária a identificação do agente em esfregaços uretrais ou amostra de urina, por microscopia directa com coloração de *Giemsa*, cultura de células, imunoflorescência directa, ELISA ou PCR. Em caso de práticas de sexo anal receptivo é recomendado esfregaço rectal.^(10; 65) A serologia não é recomendada em infecções urogenitais.⁽⁶⁷⁾

O tratamento farmacológico, recomendado pela OMS (2005) e pelas *guideline* europeias (2001), tem por base a administração de doxiciclina ou azitromicina.^(3; 66)

Quando não tratados ou em situação de falha medicamentosa podem surgir algumas complicações no homem, tais como: uretrite, epidídimo-orquite ou Síndrome de Reiter (uretrite, conjuntivite, artrite e lesões cutâneo-mucosas).⁽⁶⁴⁾ As duas primeiras podem originar estenose uretral, diminuindo consequentemente a fertilidade masculina.^(62; 65)

1.2.4. INFECÇÕES CARACTERIZADAS POR CORRIMENTO VAGINAL

Frequentemente, as queixas de corrimento vaginal anormal, quer em termos de quantidade, odor ou cor, está associado a uma infecção vaginal. Alguns casos de infecção prendem-se com um desequilíbrio da microflora vaginal, ou passo que outros casos devem-se a microrganismos externos, sendo apenas estes últimos considerados ISTs.^(3; 67)

Assim, o corrimento vaginal pode estar associado a causas não infecciosas, como a causas infecciosas. As causas não infecciosas prendem-se com, secreção fisiológica excessiva, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica, presença de corpos estranhos, dermatite alérgica, hiperplasia de células escamosas ou psoríase.⁽⁶⁸⁾

As causas infecciosas mais comumente associadas ao corrimento vaginal são: a vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal e tricomóníase. No entanto, no caso de

cervicite podem ainda ser observados a presença de *N. gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.⁽⁶⁸⁾

A avaliação de uma mulher com presença de corrimento vaginal compreende dois processos: exame físico (da vulva, vagina e corrimento vaginal) e o exame microscópico (do corrimento vaginal e do seu pH).⁽⁴²⁾ No exame físico, dever-se-á realizar a história clínica da mulher, bem como verificar o risco envolvido no desenvolvimento de infecções cervicais.⁽³⁾

Quer em mulheres assintomáticas com risco positivo, como para mulheres sintomáticas, o tratamento deverá ser implementado empiricamente, conforme o tratamento sindrômico implementado pela OMS. Assim, visto que o corrimento vaginal anormal é forte indicador de infecção vaginal, mas não apresenta grande predição para a infecção cervical, todas as mulheres que apresentem corrimento vaginal deverão ser tratadas para tricomoníase e a vaginose bacteriana.⁽³⁾

Segundo Menezes e Faúndes (2004), o fluxograma apresentado pela OMS para a presença de corrimento vaginal apresenta fraca validação para cervicite.⁽⁶⁹⁾ Sendo a microscopia uma mais-valia no diagnóstico, devendo ser implementada sempre que possível.

1.2.4.1. VAGINITE

Vaginite designa toda a manifestação inflamatória ou infecciosa da vagina.⁽⁹⁾ Apresenta três principais tipos de infecção vaginal: vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal e tricomoníase.⁽⁴²⁾

Vaginose bacteriana é a causa mais comum de corrimento vaginal em mulheres em idade fértil e designa a condição de desequilíbrio na flora normal da vagina, com consequente proliferação de outras bactérias (*Gardenerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus spp*), especialmente as anaeróbicas.^(9; 42; 70) Assim, apesar de estar associada a actividade sexual, esta não é considerada uma IST clássica.^(70; 71)

A Candidíase vulvovaginal é uma infecção da vulva ou vagina, causada por um fungo comensal (*Candida spp*) da mucosa vaginal, que cresce em situações favoráveis, não sendo considerada uma IST. Na sua maioria (80-90%), o fungo *Candida albicans* é

o responsável. ^(9; 68; 72) Assim, não exige a observação e tratamento do parceiro sexual, excepto em situações de múltiplas recorrências na mulher. Uma minoria de parceiros masculinos podem vir a desenvolver dermatite, balanite, balanopostite. ^(3; 18; 72)

A) TRICOMONÍASE

A tricomoníase é uma infecção comum do tracto urogenital nas mulheres, causada por um protozoário flagelado anaeróbio, denominado por *Trichomonas vaginalis*. ^(68; 73) Tem como reservatório a cérvix uterina, vagina e uretra. ⁽⁹⁾

A prevalência da tricomoníase não está bem estudada, a OMS, previa que em 1999, esta seria a infecção com maior prevalência mundial. ^(5; 68) Contudo, um estudo realizado na consulta do Centro de Saúde da Lapa, publicado em 2007, revela que a tricomoníase é a segunda infecção com maior prevalência na população estudada (9,7%; 67 casos) no período de 1993-1995, tendo diminuído para terceira infecção com maior prevalência (5%; 47 casos) no período de 2005-2006, sendo o HPV a infecção mais prevalente em ambos os períodos. ⁽⁷⁴⁾

A tricomoníase é um factor de risco facilitador ao VIH e transmissão em mulheres. Todas as pessoas com múltiplos parceiros apresentam maior risco para adquirir este agente. ⁽⁶⁸⁾ Transmite-se maioritariamente por via sexual, sendo que, a via não sexual não está bem documentada. No entanto, existem alguns casos reportados de transmissão perinatal. ^(23; 41)

Normalmente, esta infecção é assintomática na maioria das mulheres, contudo pode originar odor fétido, prurido vaginal, eritema vaginal, corrimento verde-amarelado e pequenas lesões hemorrágicas, podendo ser acompanhado de polaquiúria e disúria. No homem, normalmente é assintomático e transitório. ^(41; 73)

Mesmo que o exame clínico seja sugestivo, é necessária a identificação do agente para confirmação do diagnóstico, podendo ser utilizado a microscopia directa, cultura ou PCR. ^(23; 41) Nos homens é recomendado PCR ou cultura, pela baixa sensibilidade da microscopia no corrimento uretral. ⁽¹⁰⁾

Deverá ser considerado o rastreio em todas as mulheres de alto risco para a infecção, como sejam: mulheres com novos ou múltiplos parceiros sexuais, profissionais do sexo e o uso de drogas injectáveis. ⁽¹⁰⁾

O tratamento tem por base a administração de metronidazol ou tinidazol, em toma única.^(3; 23) Pode ser facilmente tratado, porém podem surgir graves complicações, como sejam: DIP, disfunções na reprodução, risco de ruptura prematura da bolsa, com consequente parto pré-termo e recém-nascido com baixo peso ao nascimento.^(23; 75) A pessoa infectada deve regressar à consulta, caso os sintomas persistam.

1.2.4.2. CERVICITE

Cervicite é a designação de infecção do colo do útero, sendo similar à uretrite no homem. As cervicites representam um importante reservatório para a transmissão sexual ou perinatal de múltiplos microrganismos patogénicos e fonte de infecção do tracto genital superior.⁽⁴²⁾ Normalmente, *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* são responsáveis pela cervicite, porém outros agentes podem estar envolvidos, nomeadamente, *T. vaginalis* ou VHS.

A presença de exsudado purulento ou mucopurulento na região endocervical e a mucosa friável e facilmente sangrante, são dois fortes indicadores para o diagnóstico de cervicite. Frequentemente, a cervicite é assintomática, porém algumas mulheres podem apresentar corrimento vaginal anormal intermenstrual e sangramento vaginal (após o coito).⁽¹⁰⁾

As manifestações de cervicite podem ser escassas ou inespecíficas, motivo pelo qual há necessidade de recorrer a exames laboratoriais, visto que o exame directo do exsudado endocervical não tem valor de diagnóstico.⁽³⁶⁾

A) INFECCÃO GONOCÓCICA

Como referido anteriormente no ponto 1.2.3.1., as infecções gonocócicas são causadas pelo agente *N. gonorrhoeae*. Os sinais e sintomas reflectem o local de infecção. *N. gonorrhoeae* normalmente atinge o tracto genital inferior, nomeadamente a endocérvix, porém pode desenvolver quadros disseminados.^(51; 52)

Na Mulher, os sintomas prezam-se com a presença de infecção endocervical e uretral, podendo observar-se corrimento vaginal, sangramento vaginal intermenstrual, disúria, dor abdominal no baixo ventre e menorragia, ou qualquer sintoma associado à

presença de infecção a nível das trompas e ovários. Porém, 50% das mulheres e 10% dos homens podem ser assintomáticos. As infecções rectais e faríngeas são usualmente assintomáticas.^(18; 49; 55; 58)

O diagnóstico na mulher é realizado pela cultura do exsudado vaginal ou por PCR a partir de esfregaços uretrais ou endocervicais. As amostras de urina femininas não são recomendadas pela baixa sensibilidade, excepto em mulheres sem colo de útero.^(55; 56; 76)

O tratamento no homem e na mulher são idênticos, estando descritos em 1.2.3.1. Caso não sejam tratadas, a infecção gonocócica genital ascendente, pode causar graves complicações, como sejam: salpingite aguda, DIP e bartolinite, consequentemente gravidezes ectópicas ou infertilidade feminina.^(10; 49; 51)

B) INFECÇÃO NÃO GONOCÓCCICA CAUSADA POR *Chlamydia trachomatis*

Esta infecção é causada pelo agente *C. trachomatis*, do serotipo D-K.^(10; 64; 65) A transmissão é essencialmente por contacto directo entre a mucosa durante o acto sexual ou durante o parto. A maioria das mulheres não apresenta sintomas (90%), ou são mínimos, podendo desenvolver complicações, como DIP, gravidez ectópica, salpingite, dor pélvica crónica, infertilidade permanente ou Síndrome de Reiter.^(64; 77; 78)

Os sinais e sintomas prendem-se com corrimento vaginal, prurido vaginal, disúria, dor abdominal baixa, sangramento vaginal anormal, dispareunia, cervicite, úlcera endocervical, conjuntivite ou proctite.^(62; 64) *C. trachomatis* é uma causa importante de pneumonia infantil e oftalmia neonatal.⁽⁴¹⁾

No exame directo pode ser observado corrimento cervical mucopurulento, colo do útero friável e sangrante ao toque. Apesar de alguns sinais serem sugestivos de infecção por clamídia, este não confirma o diagnóstico.^(65; 79)

A identificação do agente faz-se através de amostras de urina ou esfregaços da endocérvice ou vagina, utilizando a microscopia directa com coloração de *Giemsa*, cultura de células, imunoflorescência directa, ELISA e PCR, como referido em 1.2.3.2. a).^(10; 65) O tratamento farmacológico de eleição nas infecções urogenitais é azitromicina ou doxiciclina.^(3; 80)

1.2.5. INFECÇÕES CARACTERIZADAS POR CONDILOMAS/ VERRUGAS GENITAIS

Condilomas, ou verrugas genitais, são tumores e proliferações benignas da pele e mucosa causada pelo vírus do papiloma humano (HPV), localizado no colo do útero, vagina, vulva, recto, uretra, pénis e ânus. ^(38; 81; 82; 83) Normalmente, apresenta quatro variedades de condilomas exofíticos: liso ou plano, papular, ceratósicos ou acuminado. ^(18; 84; 85)

HPV é a IST mais comum a nível mundial. ^(38; 86) Não há uma caracterização epidemiológica da prevalência de HPV em Portugal, porém assume-se que os genótipos existentes têm uma distribuição similar à restante união europeia, em que 70% a 75% dos genótipos 16 e 18, e 6% dos genótipos 31 e 45 são responsáveis pelos casos de cancro colo do útero. ⁽⁸⁷⁾ Ao passo que os genótipos 6 e 11 são frequentemente encontrados nos condilomas genitais. ⁽⁸⁸⁾

Estima-se que 50% a 60% das mulheres e dos homens contraem esta infecção nas primeiras relações sexuais, sendo a maioria das infecções adquiridas antes dos 30 anos de idade, provavelmente pelo comportamento sexual e imunidade adquirida. A transmissão é por contacto sexual, incrementada provavelmente por fricção ou por microtraumatismo, ou por transmissão perinatal. A auto-inoculação está pouco estudada. ^(18; 81) O tempo de incubação é desconhecido, no entanto, os condilomas tendem a surgir 90 dias em média, após um contacto com uma pessoa infectada. ⁽³⁸⁾

Até 2008, tinham sido identificados mais de 200 genótipos de HPV, dos quais 40 infectam a região anogenital, e de acordo com o seu potencial oncogénico, assim podem ser classificados como vírus de “baixo risco” (genótipos: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81) ou “alto risco” (genótipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82). Contrariamente aos genótipos de “baixo risco”, os genótipos de “alto risco” para além de formarem condilomas benignos na região genital, são frequentemente associados a neoplasias intraepiteliais ou a cancro invasivo do colo do útero, vulva, pénis ou ânus, boca e a garganta. ^(85; 87; 88)

A maioria das infecções são assintomáticas e transitórias, resolvem-se espontaneamente num ano, em média oito meses, porém está dependente do tipo de HPV. ^(18; 88) Assim, a eliminação do vírus com terapia antiviral específica não está

contemplada, visto que o DNA do HPV tende a negativar no espaço de 2 anos em média. ^(10; 81)

Muitas pessoas desconhecem a presença do vírus, uma vez que não têm sintomas. Das pessoas que entraram em contacto com o vírus durante a sua vida, estima-se que apenas 10-15% possa vir a desenvolver condilomas. Alguns desses condilomas são grandes e facilmente traumatizados, podendo ulcerar e infectar, apresentando prurido, dor, mau odor e corrimento. ^(18; 38) Na mulher a localização mais comum é ao nível dos grandes e pequenos lábios, clitóris, meato urinário, períneo, vagina, endocervice e hímen. No homem podem localizar-se no pénis, períneo e região anal; aquando da circuncisão normalmente atinge a glande. ⁽⁸⁵⁾

O diagnóstico é clínico, por observação directa dos condilomas na região genital e anal. Como método de rastreio e observação do colo uterino, pode ser realizada citologia com coloração de Papanicolaou, com posterior colposcopia em caso de suspeita de displasias, com a necessidade de biopsia. ^(18; 81; 82) Os testes de HPV não devem ser aplicados como rotina de diagnóstico ou monitorização dos condilomas, porém podem ser úteis caso o resultado da citologia revele a presença de células escamosas ou glandulares atípicas de significado indeterminado. ^(18; 88)

O tratamento tem como objectivo a eliminação completa dos condilomas na área afectada, promoção da qualidade de vida e prevenção de recorrências, efeitos adversos ou sequelas. O tratamento pode ser químico ou físico. Os meios químicos podem ser aplicados pela pessoa infectada (solução de podofilotoxina 0,5% ou o creme de imiquimod 5%), ou pelo profissional de saúde (podofilina 10-25% ou ácido ticloroacético 80%). Os meios físicos são exclusivamente aplicados pelo profissional de saúde, incluindo: remoção cirúrgica, electrocirurgia, cirurgia a laser ou crioterapia com nitrogénio líquido, dióxido de carbono sólido ou crioonda. ^(3; 18; 24; 85) A escolha do tratamento depende do tamanho, número, localização anatómica e morfologia do condiloma. Bem como, da preferência da pessoa infectada, custo do tratamento, conveniência, efeitos adversos e experiência do profissional de saúde. ⁽¹⁰⁾

O tratamento não está recomendado para situações subclínicas de infecção genital de HPV, assim como na presença de neoplasia intra-epitelial cervical 1, motivo pelo qual deve-se aguardar pelo resultado da citologia. ^(3; 10) O seguimento da pessoa infectada após a eliminação dos condilomas não está aconselhado.

1.2.6. *Molluscum contagiosum*

Molusco contagioso é uma infecção viral benigna da epiderme, causada por um Poxvírus, intitulado por vírus *Molluscum contagiosum* (VMC). Este apresenta quatro genotipos: VMC1, VMC2, VMC3 e VMC4.^(9; 89; 90) Sabe-se que o mais frequente é o VMC1 descrito particularmente nas crianças, ao passo que o VMC2 foi isolado nas lesões genitais e em indivíduos imunocomprometidos.^(89; 91)

Existem pouco estudos face à prevalência de VMC, no entanto, sabe-se que afecta frequentemente crianças em idade escolar, adultos sexualmente activos, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos de idade, sem diferença de prevalência de acordo com o género ou orientação sexual.^(18; 91)

O vírus teve um aumento mundial de 20%, até à data.⁽⁹²⁾ Em Portugal, os estudos publicados, fazem referência a consultas específicas existentes, nomeadamente Centro de Saúde da lapa e Hospital Curry Cabral. No primeiro, foram diagnosticados 1,2% e 0,9% dos doentes que recorrem à consulta, nos períodos de 2005-2006 e 2007, respectivamente.^(74; 93) No segundo, através de um estudo retrospectivo foi revelado que 5,7% dos doentes foram diagnosticados com VMC, dos quais 2,8% apresentam infecção concomitante com VIH positivo e 6,6% são seronegativos.⁽⁹⁴⁾

A transmissão poderá ser por contacto directo com pessoas infectadas ou fómites, autoinoculação, via sexual ou via salivar.^(9; 89) Alguns casos de transmissão vertical têm sido descritos na literatura.⁽⁹⁵⁾

Nas crianças é comum o aparecimento na face, tronco e extremidades. Ao passo que nos adultos é frequente na região abdominal inferior, coxas, perigenital, região púbica, pénis, grandes e pequenos lábios e escalpe. As formas disseminadas e atípicas, normalmente acometem em doentes imunossuprimidos.^(18; 23; 91) Pode ainda surgir de forma accidental, aquando da realização de tatuagens.⁽⁹¹⁾

O tempo de incubação é variável, podendo ir de uma semana a seis meses. No entanto, é comum variar entre dois a três meses. As lesões tendem a regredir espontaneamente em dois ou três meses, sendo comum reincidir na criança no espaço de três anos.^(18; 23; 91) As lesões são escassas, autolimitadas, atingem o ceratinócito epidérmico.^(18; 23; 37; 96)

O diagnóstico é clínico, pela observação directa das lesões e aspecto do material colhido quando realizada expressão da lesão. Em caso de dúvida, pode ser realizado dermatoscopia, biópsia ou citologia. Num exame precipitado pode confundir-se com verrugas genitais, acne vulgar, varicela e epitelomas, havendo necessidade de diagnóstico diferencial.^(9; 18; 23; 96; 97)

No que respeita ao tratamento, ainda não há um consenso na escolha adequada para esta dermatose. Este depende da idade da pessoa infectada, tamanho e número de lesões e presença ou ausência de sinais inflamatórios.⁽⁹⁾ As lesões podem ser retiradas por: curetagem, crioterapia e expressão (risco elevado de reinoculação local), ou pode ser aplicado alguns agentes tópicos. A pessoa infectada deverá ser avaliada até a erradicação das lesões.^(9; 18; 90; 98; 99)

1.2.7. HEPATITE

Hepatite é o termo genérico que designa a inflamação do fígado. Esta inflamação pode derivar de múltiplas causas, entre elas, doenças metabólicas, auto-imunidade, toxicidade medicamentosa, álcool ou vírus.⁽¹⁰⁰⁾ A hepatite viral aguda é uma infecção sistémica, que afecta essencialmente o fígado. Na sua maioria é causada por cinco vírus: Vírus da Hepatite A (VHA), Vírus da Hepatite B (VHB), Vírus da Hepatite C (VHC), Vírus da Hepatite Delta (VHD) e Vírus da Hepatite E (VHE).⁽²³⁾ Porém outros vírus podem atingir o fígado, nomeadamente: citomegalovírus (CMV), herpes simples (VHS), vírus *Coxsackie* e adenovírus.⁽¹⁰¹⁾

Excepto o vírus da Hepatite E, todos podem ser transmitidos por contacto sexual. O vírus da hepatite B e da Hepatite C são de grande importância pela sua possível cronicidade e associação ao carcinoma hepatocelular primário.⁽⁹⁾

Na sua maioria a hepatite viral aguda não requer hospitalização ou medicação, sendo implementado apenas tratamento de suporte. No entanto, é importante identificar o vírus envolvido, pelo risco inerente a cada um deles. Na sua maioria as infecções são assintomáticas, aquando da existência de sintomas, estes são aparentemente semelhantes nas cinco espécies de vírus.⁽¹⁰¹⁾

A) HEPATITE A

A hepatite A é causada pelo vírus da hepatite A, um vírus RNA, pertencente à família *Picornaviridae*.^(23; 102) Esta é uma doença auto-limitada, com uma taxa de insuficiência hepática e mortalidade muito baixa (1%) em doentes acima dos 40 anos. Não tem um quadro crónico, porém podem existir recidivas dentro de seis a nove meses, após o quadro agudo.^(10; 101)

A forma mais comum de transmissão é por via ora-fecal, relações sexuais ou ingestão de alimentos contaminados. Após um contacto infectante, o vírus reproduz-se no fígado, sendo posteriormente eliminado nas fezes, soro e saliva. Contudo não está bem demonstrado a transmissão por saliva. O tempo de incubação é de 2 a 6 semanas, com uma média de 28 dias.^(9; 10; 101; 102)

Afecta essencialmente pessoas que vivem ou viajam para regiões com baixa condição sócio-económica, condições sanitária ou áreas endémicas, praticantes de sexo anal, uso de drogas endovenosas e consumidores de alimentos de alto risco (ostras cruas, saladas e fruta).⁽¹⁰¹⁾

Normalmente, as hepatites são assintomáticas nas crianças e sintomáticas nos adultos. Inicialmente, pode surgir mal-estar, cefaleias, febre baixa, anorexia, fadiga, artralgias, náuseas, vómitos e dor abdominal, seguido de quadro de icterícia, colúria e fezes acólicas.^(101; 102)

O diagnóstico de hepatite A é realizado por meio de testes serológicos.⁽¹⁰⁾ O tratamento é de suporte, não existindo tratamento específico para a hepatite A.^(9; 101)

B) HEPATITE B

Hepatite B é uma inflamação do fígado, causada por um vírus de ADN, da família *hepnaviridae*, Vírus da Hepatite B (VHB).⁽⁹⁾ É um vírus endémico a nível mundial.⁽¹⁰³⁾

Pode ser transmitido por via vertical, via horizontal, transmissão sexual, partilha de agulhas contaminadas e transfusão sanguínea. Porém, esta última apresenta menor probabilidade de acontecer em países de alta renda, visto que o sangue é sempre testado.⁽¹⁰³⁾ Tem um período de incubação de 45 a 180 dias.⁽⁹⁾

A hepatite B é uma infecção aguda, com início insidioso dos sintomas e elevação dos níveis séricos de transaminases. Os sintomas mais comuns são: mal-estar, fadiga, prostração, febre, dores musculares e articulares, desconforto no hipocôndrio direito, anorexia, náuseas e vômitos, podendo ou não ser acompanhado por quadro de icterícia. Pode ainda surgir, apesar de menos comum, perda de peso, depressão, ansiedade, irritabilidade, cefaleia e distúrbio do sono.^(104; 105)

O diagnóstico de hepatite B aguda baseia-se na serologia e os devidos marcadores serológicos, definindo assim, se a infecção é aguda, passada ou imunidade após administração da vacina.⁽¹⁰³⁾

O tratamento é essencialmente de suporte.⁽¹⁰⁾ A implementação de um esquema terapêutica é importante para prevenir complicações a longo prazo, nomeadamente, cirrose hepática ou hepatocarcinoma. Os fármacos disponíveis são: Peginterferão alfa-2a; Lamivudina; Adefovir dipivoxil; Entecavir; Tenofovir e Telbivudina.⁽¹⁰⁶⁾

A hepatite B pode originar surtos, resolver-se espontaneamente ou pode originar uma infecção crónica, dando origem a uma doença necro-inflamatória do fígado.^(106; 107)

C) HEPATITE C

A hepatite C é uma doença inflamatória do fígado provocada pelo vírus da hepatite C (VHC). Este pertence à família *flaviviridae* e tem 6 genótipos, de 1 a 6.^(100; 108) Estima-se que 3% da população mundial esteja infectada com este vírus.⁽¹⁰⁸⁾

O VHC transmite-se normalmente por contacto de sangue contaminado, através de transfusão de sangue ou derivados, partilha de agulhas para injeção de drogas EV ou espelhos contaminados para inalação drogas, realização de tatuagens, piercing ou acupuntura com material não esterilizado e partilha de objectos cortantes contaminados com sangue (corta-unhas, tesouras, escovas de dentes ou lâminas de barbear).

O tempo de incubação varia entre as 4 e as 20 semanas. As serologias para VHC normalmente estão positivas três meses após a exposição, podendo permanecer até aos nove meses. Mais de metade dos casos (superior a 60%) são assintomáticos.⁽¹⁰⁹⁾ Ou desenvolvem um quadro clínico leve.⁽¹⁰⁾ Tornando assim, o diagnóstico difícil e tardio, podendo desenvolver-se uma infecção crónica.⁽¹¹⁰⁾ A progressão da hepatite crónica

para cirrose depende de determinados factores relacionados com o hospedeiro, género, idade, consumo de álcool ou drogas ou concomitância com outros vírus.

O diagnóstico é realizado através de serologia. Em situação de dúvida pode ser confirmado com o teste Imunoblot.⁽¹⁰⁸⁾

Em episódios agudos é aconselhado tratamento de suporte, não existindo evidência da eficácia da administração de interferon alfa ou peguilado. Em situação de infecção crónica poderá ser utilizado peginterferon alfa com ribavirina.^(109; 111) No entanto a Organização Mundial de Gastrenterologia (2003), refere que a monoterapia com interferon alfa reduz a possibilidade de cronicidade para menos de 10%.⁽¹⁰¹⁾

1.28. VIH

O VIH é um virião da família *Retroviridae*. Este apresenta dois tipos, VIH-1 e VIH-2, com genomas muito semelhantes, mas com algumas particularidades nos genes.⁽⁴¹⁾ O VIH-1 apresenta dois grupos M e O, sendo o grupo M subdividido por subgrupos do A ao I.⁽¹¹²⁾

A infecção aguda por VIH define-se por uma infecção acompanhada de sintomas clínicos e virémia detectável, mas teste negativo ou indeterminado para o VIH, após uma exposição de alto risco num período de 2 a 8 semanas precedentes.⁽¹¹³⁾ A via de transmissão mais comum é o contacto sexual, porém pode ainda transmitir-se por via vertical, transfusões sanguíneas, picadas com objecto perfurantes e cortantes, ou por exposição ocupacional através do contacto com fluidos infectantes ou fluidos potencialmente infectantes, como: sangue, ou fluidos com sangue visível, sémen, secreções vaginais, líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico.^(41; 114)

Em pessoas VIH positivas, as manifestações de outras ISTs podem apresentar características atípicas e morbilidade elevada. Assim, o diagnóstico e o tratamento são cruciais para o controlo e propagação do VIH/SIDA, bem como de outras ISTs.⁽¹¹⁵⁾

A infecção pelo VIH pode permanecer em latência por vários anos, permitindo a sua livre propagação. Sem tratamento pode progredir para um quadro sintomático, pela destruição progressiva dos linfócitos T CD4+, células cruciais na acção do sistema imune humano.^(10; 116)

Uma pessoa infectada por VIH, e em estado de imunossupressão severa, apresenta um alto risco para desenvolver síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), incluindo a possibilidade de desenvolver múltiplas infecções oportunistas, como, pneumonia disseminada por *Pneumocystis jiroveci*, doença neurológica primária por *Mycobacterium avium complex*, encefalite por *Toxoplasma gondii*, sarcoma de Kaposi ou linfoma.⁽¹¹⁶⁾

O diagnóstico é realizado por uma método serológico de triagem e um método de confirmação suplementar para detecção de anticorpos, antigénio e DNA.⁽⁴¹⁾ Segundo as recomendações Portuguesas para o tratamento da infecção VIH/SIDA (2011), o esquema terapêutica a implementar na fase aguda depende da presença de múltiplos factores, como sejam: presença de definidores de SIDA, contagem dos linfócitos CD4₊; presença de doença primária grave com envolvimento do sistema nervoso central; doentes sintomáticos com VIH crónica; carga viral; co-infecção com VHC, VHB ou tuberculose; doentes com risco elevado cardiovascular ou neoplasias; morbilidade e adesão à terapêutica.^(113; 114)

1.2.9. INFECÇÕES POR ECTOPARAZITAS

As ectoparazitoses podem ser causadas pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* ou pelo parasita *Phthirus pubis*. Em ambos os casos, pode existir transmissão sexual ou não sexual, havendo necessidade de um contacto corporal directo.⁽³⁾ No caso do *S. scabiei* há necessidade de um contacto prolongado.⁽¹¹⁷⁾ Em ambos os casos, pode ainda existir transmissão através da partilha de roupa ou roupa da cama.^(9; 117)

A) *Sarcoptes scabiei*

S. scabiei variante *hominis* é responsável pela escabiose,⁽⁹⁾ vulgarmente designado por sarna. Este ácaro tem a capacidade de penetrar a pele num prazo de uma hora após o contactado com uma pessoa infectada, provocando uma reacção de hipersensibilidade com prurido intenso, num período de 2 a 6 semanas, por reacção enzimática da matéria fecal dos ácaros.⁽³⁾ No entanto, em situações de re-infestações os sintomas podem ser imediatos.⁽¹¹⁷⁾ As lesões são caracterizadas por linhas de coloração

prateada com comprimento médio de 0,5 cm, que afectam as mãos, face anterior dos pulsos e cotovelos, axilas, cinturas, mamilos, área peri-umbilical, coxas e parte inferior das nádegas. Podem ainda apresentar pápulas ou nódulos resultantes do prurido e comuns na área genital.^(9; 117; 118)

O diagnóstico é realizado através do índice da história e exame, podendo ser muito difícil, ao que é necessário a raspagem da pele para observação microscópica dos ácaros ou óvulos.⁽¹¹⁷⁾ O tratamento é realizado com a aplicação de loção ou cremes de (lindame 1%; creme de permetrin 5%; benzoato de benzil loção a 25%, crotamiton loção a 10% ou enxofre a 6%), dependendo da idade da pessoa.^(3; 118)

B) *Pthirus púbis*

Pthirus púbis responsável pela pediculose, vulgarmente designado por “chatos”.⁽⁹⁾⁽¹¹⁹⁾ Normalmente, a pessoa procura ajuda médica pelo prurido intenso.⁽¹⁰⁾ Apresenta um tempo de incubação de 1 a 2 semanas.⁽⁹⁾ O piolho e as suas lêndeas, frequentemente, encontram-se presentes nos pelos púbicos, porém podem ser encontrados nas regiões pilosas do tórax, abdómen, axilas, coxas e face.^(9; 117)

É vulgar a pessoa apresentar prurido, eritema e pequenas manchas azuis onde houve picada do piolho, bem como lesões da urticária.^(9; 118) Em situações de infestação generalizada, pode haver febre e mau estar generalizado. Como complicação, pode existir infecção bacteriana secundária na pele, por consequente traumatismo durante o acto de coçar.⁽¹¹⁷⁾

O diagnóstico é realizado com base na história, índice de suspeita e observação do parasita ou dos seus ovos. Quando necessário, podem ser enviados lêndeas ou crostas, para exame microscópico.^(117; 120) Toda a área afectada deverá ser lavada com permetrin a 1%, champô de piretrina e butóxido de piperonil ou champô de lindane a 1%.^(3; 117) Em caso de infestação nas pálpebras ou pestanas é aconselhado a aplicação de pomada oftálmica.^(3; 10)

2. FACTORES DE RISCO

Por tudo o que se tem vindo a referir, é de salientar a importância de uma abordagem preventiva e implementação célere do tratamento. Porém, torna-se muito difícil tal acontecimento, devido a múltiplos factores que poderão favorecer o desenvolvimento das ISTs, nomeadamente: idade, género, factores biológicos, factores comportamentais e sociais.^(1; 2; 3; 13)

Considerando os factores biológicos, verifica-se que 70-80% das mulheres podem apresentar uma infecção assintomática, mantendo a cadeia de transmissão activa. A mucosa vaginal e o tecido do colo do útero são imaturos nas mulheres jovens, tornando-as mais vulneráveis às ISTs, comparativamente às mulheres mais velhas. Um agente infeccioso penetra melhor numa mucosa, especialmente se esta oferece grande superfície de contacto, como na mucosa vaginal ou anal, permitindo uma maior incidência de ISTs nas mulheres, comparativamente aos homens.⁽²⁾

A uretra curta e a posição anatómica tornam a mulher mais susceptível às ISTs, quando sexualmente activas.⁽²⁰⁾ As mulheres que têm relações sexuais desprotegidas apresentam um risco duas a quatro vezes maior comparativamente aos homens, devido à área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, maior quantidade de fluidos transferidos do homem para a mulher, maior quantidade de fluidos sexuais e microfissuras que ocorrem no tecido vaginal.⁽¹²¹⁾

Algumas ISTs aumentam o risco de transmissão do VIH, por sua vez, a infecção por VIH facilita a transmissão de algumas ISTs, agravando as complicações que delas derivam, devido ao enfraquecimento do sistema imunológico.⁽²⁾

Relativamente aos factores sociais, culturais e comportamentais, verifica-se que poderá existir relutância na procura de cuidados de saúde por medo de discriminação social e sentimento de constrangimento e culpa; dificuldade na acessibilidade rápida à assistência médica por falta de infra-estruturas; custo elevados no diagnóstico e tratamento; o incumprimento da medicação na sua totalidade; não adesão ao tratamento por parte do parceiro sexual; relutância em seguir práticas de sexo seguro; ser profissional de sexo e práticas culturais propícias ao desenvolvimento de ISTs, como a circuncisão com material não estéril.^(1; 2)

São considerados comportamentos de risco: número elevado de parceiros sexuais; relações sexuais com parceiros casuais; mudança recente ou frequente de parceiros; procura de profissionais do sexo; fraco poder de decisão das mulheres no que respeita às práticas sexuais em algumas culturas; tendência das mulheres a depender economicamente dos seus parceiros masculinos subjugando-se ao seu comando; HSH e consumo de drogas e álcool. ^(1; 3)

Um estudo realizado entre Novembro de 2001 a Abril de 2002, a 1395 mulheres em Soweto, revelou que 55,5% das mulheres inquiridas apresentaram história de agressão por parceiro masculino, por aspectos financeiros (13,7%), emocionais (67,5%), física (50,4%) e sexuais (20,1%). Refere que, um domínio substancial e controle da relação pelos homens aumentam a propensão da mulher à infecção pelo VIH (OR =1,65, para intervalo de confiança de 95%). Este refere ainda que a prática de sexo comercial esteve associado a um risco aumentado para a infecção do VIH (OR =1,54 para intervalo de confiança de 95%), concluindo que a violência entre parceiros íntimos e a percepção subjectiva das mulheres são importantes indicadores independentes para a infecção de VIH. ⁽¹²²⁾

O consumo de álcool e drogas levam a um aumento da probabilidade de aquisição de comportamentos de risco, nomeadamente à diminuição da utilização de preservativo. ^(2; 3; 38; 123) Como publicado no estudo “*youth risk Behavior surveillance 2001*”, 33,4% da população inquirida é sexualmente activa, dos quais 25,6% indicaram ter consumido álcool ou drogas na última relação sexual. Os rapazes (30,9%) estão mais dispostos para adquirir este comportamento, comparativamente às raparigas (20,7%). ⁽¹²⁴⁾ Segundo o estudo “*Health Behaviour in School-aged Children*” (HBSC) realizado em Portugal, a nível nacional, em 2006 e em 2010, verificou-se um decréscimo da prática de relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas. Em 2006, 14,1% dos jovens referiram a prática de relação sexual associado ao referido comportamento, dos quais foram os rapazes (16,5%) quem mais o referiu, comparativamente às raparigas (10,6%). ⁽¹²⁵⁾ Em 2010, apenas 12,7% dos jovens referiram esta associação, mantendo-se os rapazes (16,4%) com maior prevalência, face às raparigas (7,6%). ⁽¹²⁶⁾

A contracepção oral tem contribuído para o risco de aquisição de ISTs. A redução do risco de gravidez indesejada poderá levar a um aumento da actividade

sexual, aumento do número de parceiros sexuais e a redução do uso de preservativo.^(20; 127) A contracepção oral e a utilização de dispositivo intra-uterino (DIU) podem aumentar a susceptibilidade à infecção pelo VIH, no entanto necessita de mais estudos.⁽²⁰⁾

Segundo o estudo HBSC realizado em 2006, 93% dos jovens que já tiveram relações sexuais utilizaram preservativo na última relação sexual, comparativamente a 44,5% dos jovens que referiram ter utilizado a pílula como método anticoncepcional.⁽¹²⁵⁾ Contudo, no estudo HBSC realizado em 2010, conforme o indicado pelos jovens questionados, verifica-se um decréscimo do uso do preservativo (82,5% utilizaram preservativo) e um aumento da utilização da pílula (53,5% utilizaram pílula), consolidando o anteriormente referido.⁽¹²⁶⁾

Analizando particularmente cada infecção, alguns factores de risco têm sido associados ao aumento da sua prevalência. No que respeita ao HPV em mulheres, verifica-se maior predisposição para infecção em mulheres com idade inferior aos 25 anos, aumento do número de parceiros sexuais, idade precoce da primeira relação (inferior ou igual aos 16 anos) e múltiplos parceiros sexuais por parte do parceiro sexual.⁽⁸⁸⁾

Apesar do potencial oncogénico do genótipo do HPV ser importante para o possível desenvolvimento de neoplasias intraepiteliais ou cancro invasivo, alguns factores têm sido associados à persistência do vírus e à sua progressão para cancro, como sejam: detecção e tratamento tardio por falta de rastreio (realização de citologia); imunossupressão (incluindo o VIH); tabagismo; uso prolongado de contraceptivos orais; co-infecção com *Chlamydia trachomatis*; múltiplos parceiros sexuais; maior número de gestações e factores nutricionais (como a baixa ingestão de antioxidantes).^(83; 88)

No que respeita à sífilis, verifica-se que a toxicodependência, prática de sexo comercial, baixo nível sócio-ecocómico, educação e comportamentos de risco, são factores que predispõem para um maior risco de infecção.⁽¹⁸⁾

Considerando a donavonose, segundo as *guideline* europeias, todos os parceiros sexuais devem ser observados e tratados.^(29; 32)

A presença de VIH positivo foi identificada como sendo um factor de risco forte para a aquisição de LGV, bem como a presença de úlceras genitais, sexo sem protecção durante o coito anal receptivo com parceiros ocasionais e prostituição.^(45; 50)

Numa revisão sistemática, publicada em 2011, foi verificado que a prevalência de VIH entre os casos de LGV variava de 67% a 100% em 13 estudos descritivos. Neste estudo, foi detectado que os HSH têm oito vezes mais probabilidade de contrair VIH (OR = 8,19, IC 95%; 4,68-14,33). Porém, os autores salientam a necessidade de averiguar a possível associação a factores comportamentais ou biológicos e não especificamente à infecção de HIV.⁽¹²⁸⁾

Verifica-se que alguns factores aumentam o risco para a prevalência de infecção gonocócica, nomeadamente: estado civil não casado; escolaridade e estado socioeconómico baixo; prostituição; antecedentes de infecção por gonorreia e baixa adesão ao uso de preservativo, havendo pouca probabilidade de infecção caso não existam factores comportamentais de risco ou marcadores demográficos.⁽¹⁸⁾ O controlo da gonorreia tem sido difícil na maioria das populações devido a factores sociais, comportamentais e demográficos, bem como, o tratamento dos parceiros sexuais.⁽⁵¹⁾ O parceiro sexual deverá ser devidamente tratado, independentemente da presença de sintomas. Esta medida permite evitar novas reinfeções e eliminar o reservatório na comunidade.^(36; 51)

No que respeita à prevalência da infecção por *C. trachomatis*, verifica-se um aumento da infecção na presença dos seguintes factores: contacto sexual com uma pessoa infectada por clamídia; novo parceiro sexual ou mais de dois parceiros sexuais no ano anterior; múltiplos parceiros sexuais no momento ou por monogamia repetitiva, precedente de ISTs e populações vulneráveis (por exemplo, consumidores de drogas injectáveis, presidiários e trabalhadores do comércio do sexo).^(10; 64; 65) É recomendada ainda a abstinência sexual durante o tratamento ou na presença de sintomatologia persistente.⁽¹⁰⁾ Associado ao tratamento, deverão ser incentivadas a monogamia, uso de preservativo, a selectividade de parceiros, bem como realçar a importância para o desenvolvimento de complicações em futuras infecções, particularmente na mulher.⁽¹⁸⁾

De acordo com os factores enumerados pela OMS (2005), associados ao desenvolvimento de cervicites, o ministério brasileiro (1999), desenvolveu uma escala que compreende os seguintes factores: parceiro com corrimento uretral (2 pontos), menor de 20 anos (1 ponto); mais de 1 parceiro sexual em 3 meses (1 ponto); novo parceiro sexual nos últimos 3 meses (1 ponto), sem parceiro sexual fixo (1 ponto). Quanto maior o *score*, maior o risco associado para o desenvolvimento de infecção

cervical, considerando *score* positivo quando superior a 2. ^(3; 9) Assim, a presença de sintomas após um relacionamento com um novo parceiro sexual, contactos sexuais com parceiros múltiplos, presença de corrimento uretral no parceiro sexual ou sintomatologia recente, aumentam a probabilidade do corrimento vaginal ser de origem infecciosa.⁽¹⁷⁾

Relativamente ao VMC, alguns factores têm sido associados à sua prevalência, como sejam: contacto sexual com múltiplos parceiros sexuais ou trabalhadoras do sexo, antecedentes de outras ISTs e presença de lesões no parceiro sexual.⁽²³⁾ O seguimento do parceiro sexual não está bem definido, pois algumas entidades defendem que o parceiro só deve ser avaliado quando estes apresentam sintomas, especialmente se tiver lesões na região anogenital. Ao passo que outras, aconselham vivamente o seguimento do parceiro.^(9; 18; 90)

No que respeita à hepatite B; verificam-se um aumento da probabilidade de infecção pelo VHB na presença dos seguintes factores: relações sexuais desprotegidas, prática sexuais oral-genital e oral-anal, partilha de seringas e agulhas e antecedentes de outras ISTs.⁽⁹⁾

Apesar, da transmissão do VHC não ser muito eficiente na transmissão sexual, há que referir o aumento da probabilidade de infecção em práticas sexuais de risco, como: não utilização de preservativo, HSH, múltiplos parceiros sexuais, actos sexuais que possam lesar tecidos corporais e facilitar o contacto com sangue.^(10; 108; 109; 100)

A susceptibilidade e infecciosidade da infecção pelo VIH é potenciada pela co-infecção com outras ISTs, incluindo infecções genitais ulcerativas ou não ulcerativas, bem como pela presença de vaginose.⁽¹¹⁶⁾

2.1. MÉTODOS DE PREVENÇÃO

Assim, é aconselhado que se façam acções de sensibilização preventivas, e incentivo à prática de sexo seguro. Apesar de cada infecção apresentar as suas particularidades na prevenção e controlo da cadeia de transmissão, como se verificou anteriormente, em todas as ISTs é aconselhado que a pessoa cumpra determinadas medidas, como: o cumprimento do tratamento na sua totalidade, adopção de abstinência sexual durante o tratamento, discussão com o parceiro acerca de novas práticas sexuais,

participação em acções de educação e aconselhamento para a saúde no âmbito das ISTs e utilização adequada do preservativo em todas as práticas sexuais.⁽²²⁾

O preservativo quando utilizado correctamente e de forma consistente, tem-se revelado a nível mundial, como eficaz método de barreira na prevenção das ISTs, particularmente em encontros casuais e com profissionais do sexo. Os métodos mais seguros serão a abstinência sexual, monogamia e limite do número de parceiros sexuais.⁽¹²⁹⁾ A eficácia do preservativo na prevenção do HPV é desconhecida, não devendo ser recomendado como método preventivo, mesmo em casais discordante, excepto na presença de condilomas evidentes.⁽¹⁸⁾ Contudo deve manter-se o incentivo ao uso como método preventivo a outras ISTs, nomeadamente as infecções bacterianas e VIH.⁽⁸³⁾

Como método de controlo e prevenção do HPV é aconselhado a ablação dos condilomas; observação e tratamentos dos parceiros sexuais; rastreios para VIH, *C. trachomatis* e outras ISTs com maior prevalência; incentivo à realização da citologia com coloração de Papanicolaou anualmente (não excedendo os 3 anos), mesmo as mulheres que têm sexo com mulheres, incentivo à prática de sexo seguro e vacinação.^(3; 18; 88)

Em Portugal, foi elaborado um plano estratégico para o controlo e prevenção de doenças causadas pelo HPV. Assim, está preconizado ao nível da prevenção primária o incentivo à prática de sexo seguro e a vacinação gratuita às jovens até aos 18 anos de idade. A nível da prevenção secundária está contemplado rastreio organizado para despiste de lesões pré-malignas. Por último, na prevenção terciária está previsto diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos a todas pessoas com situações avançadas da doença.^(87; 130)

Em caso de sífilis, é aconselhado, que durante a presença de lesões activas, a pessoa infectada se abstenha sexualmente e que cumpra a antibioterapia. Os parceiros sexuais deverão realizar o rastreio e receber profilaxia medicamentosa.⁽²⁷⁾

No que respeita ao herpes genital, está preconizado conjuntamente com o tratamento medicamentoso, o aconselhamento no âmbito da probabilidade de recorrências; possibilidade de disseminação; formas de transmissão e vantagens no tratamento medicamentoso. Está, também, recomendado o incentivo ao uso do preservativo e à detecção da fase prodrómica ou sintomas subtis de nova recorrência.

Todos os parceiros sexuais deverão ser observados, quando não lhes é conhecido a presença de VHS.⁽¹⁸⁾

Nas infecções pelo *Haemophilus ducrey*, todos os parceiros, que tiveram relações sexuais com pessoas infectadas duas semanas antes do início dos sintomas, deverão ser observados e podem ser empiricamente tratados com uma quinolona ou outro antibiótico eficaz, independentemente do quadro clínico e/ou a aguardar resultados laboratoriais.⁽¹³¹⁾ Quer à pessoa infectada, como ao parceiro sexual, deverá ser incentivado o uso correcto do preservativo, oferecido rastreio de saúde sexual regular e teste para VIH e sífilis no momento da lesão e 3 meses após o diagnóstico de cancroíde.^(43; 131)

Todos os parceiros sexuais de pessoa infectada por LGV devem ser observados e tratados. Devendo ser recomendado ao casal (utente e parceiro) a utilização correcta de preservativo, a abstinência sexual durante o tratamento ou desaparecimento completo de todos os sinais e sintomas; o despiste para outras ISTs (incluindo o VIH), o aconselhamento acerca do risco da prática de sexo anal sem protecção e a vacinação para hepatite A e B para HSH. Os HSH seropositivos para VIH devem ser informados sobre a Hepatite C.^(44; 48; 132)

No que respeita às infecções gonocócicas, o profissional de saúde deverá: administrar a terapêutica, alertar para a probabilidade de futuras infecções; assegurar o tratamento do parceiro sexual; incentivar a monogamia e uso correcto do preservativo; realçar a ligação entre o comportamento e a prevalência de ISTs, bem como destacar o aumento do risco para VIH.⁽¹⁸⁾

Com o objectivo de reduzir a propagação das UNG e evitar complicações, todas as pessoas infectadas deverão ser: informadas sobre a etiologia e complicações das UNG, incentivadas ao cumprimento do esquema terapêutico; informadas e incentivadas a abster-se sexualmente durante o tratamento; incentivadas a adoptar prática de sexo seguro utilizando o preservativo; estimuladas a limitar o número de parceiros sexuais e informadas sobre a importância do parceiro sexual ser observado.^(21; 80)

O rastreio da *C. trachomatis* deverá ser realizado em todas as pessoas jovens sexualmente activas, em particular todas as mulheres com idade inferior a 25 anos; mulheres dos 21-30 anos com novo parceiro, múltiplos parceiros ou sintomáticos; homens com idade inferior aos 30 anos e mulheres grávidas a fim de prevenir infecção

neonatal.^(18; 36; 80) Todos os parceiros devem ser devidamente tratados e observados, sendo recomendado que a pessoa infectada informe o seu parceiro da sua infecção, fornecendo-lhe material escrito.⁽¹⁰⁾

A tricomoníase pode ser controlada com o incentivo à prática de sexo seguro, notificação e tratamento do parceiro sexual e abstinência sexual até que ambos (utente e parceiro) sejam tratados.^(3; 68)

No controlo da transmissão do VHA é necessário: uma boa higiene, condições sanitárias e vacinação. Deverão ser vacinadas todas as pessoas que viajam ou residem em áreas endémicas, bem como todas as pessoas que estiveram em contacto com alguém infectado.^(10; 101; 102)

Como forma de prevenção do VHB, é recomendado a vacinação universal de todos as pessoas até aos 18 anos, estando contemplada no plano nacional de vacinação português a administração da vacina monovalente contra o VHB.⁽¹³³⁾ Associado à vacinação deverá estar contemplado como método de prevenção, a triagem do VHB em todas as gestantes; o incentivo a adopção de comportamentos saudáveis e referenciação e rastreio dos parceiros sexuais.^(103; 134)

Como forma de prevenção do VHC, é aconselhado vacinação contra a hepatite A e a hepatite B, pelas formas fulminantes ou de mau prognóstico, aquando da co-infecção por VHA ou VHB, respectivamente.⁽¹⁰⁹⁾ É recomendado a referenciação e rastreio dos parceiros sexuais, bem como de todas as pessoas hemofílicas, imunodeprimidas (incluindo VIH) ou hemodialisados.⁽¹¹¹⁾ A mudança de comportamentos e a limitação à exposição de risco são a melhor forma de prevenção, uma vez que a administração de imunoglobulina é ineficaz e não existe uma vacina preventiva.⁽¹⁰¹⁾

Deve ser oferecido o teste VIH, de forma voluntária, a todas as pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou parceiros VIH positivos; falha do tratamento farmacológico noutras ISTs; pessoas com consumos actuais ou história de consumo de drogas endovenosas; que regressem de áreas endémicas de VIH; receptores de transfusões sanguíneas antes de 1985; grávidas e vítimas de abusos sexuais ou acidentes ocupacionais.⁽¹¹²⁾

Como forma de controlo e prevenção de novas re-infecções por ectoparasitoses, é aconselhado a descontaminação da roupa de cama, cama e roupas de vestir, devendo ser lavadas na máquina de lavar roupa em ciclos de água quente (50°C no mínimo) ou

limpeza a seco, evitando o seu contacto com o corpo no período de 72 horas.^(10; 102; 117)
Todos os parceiros sexuais, no mês anterior, deverão ser devidamente observados e tratados, no caso de pediculose.^(9; 117; 120)

Assim, a disseminação das ISTs é influenciada por múltiplos factores, entre eles o comportamento sexual e as atitudes de risco adquiridas por cada indivíduo. Sendo importante considerá-los, com o intuito de conceber, promover e implementar programas de intervenção e prevenção na comunidade.⁽¹²⁾

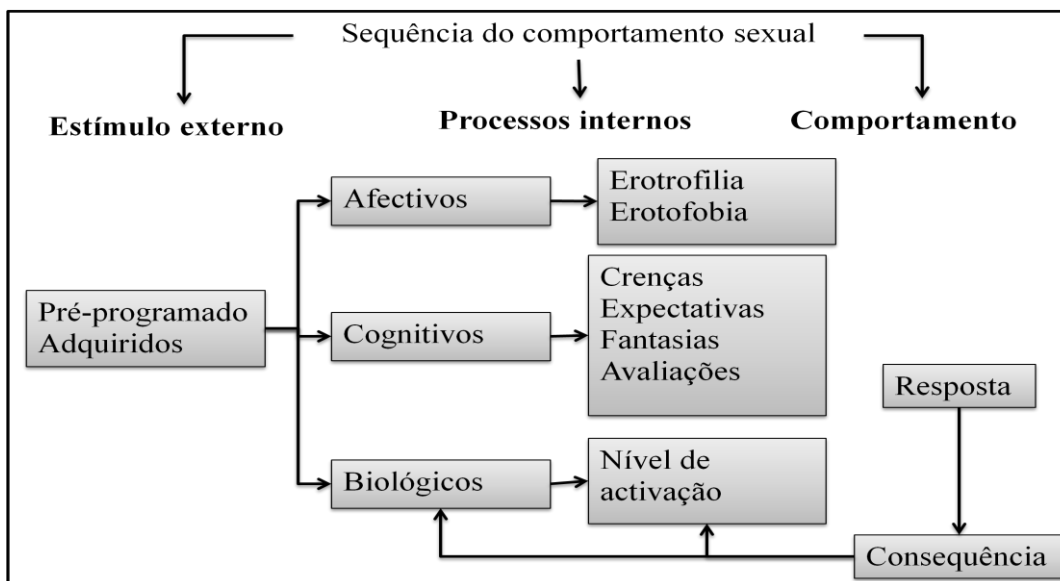
3. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS

A prevenção primária é a estratégias mais importante no controlo das ISTs e VIH/SIDA, sendo essencialmente feita pela educação da comunidade.⁽¹²⁾ A disponibilidade de material de apoio, informação e educação, leva a uma diminuição dos comportamentos de risco, de forma significativa. É importante uma mudança de comportamentos na adolescência, com o objectivo de prevenir consequências de risco irreversíveis futuramente.⁽¹³⁵⁾

Comportamento define-se (em psicologia) por um conjunto de procedimentos, actividades ou reacções do indivíduo ao ambiente, em determinadas circunstância do meio envolvente. O comportamento, passa por ser a exteriorização de actos interiores.⁽¹³⁶⁾ O comportamento sexual é considerado simultaneamente um comportamento social e é regulamentado pelas normas de cada sociedade, podendo variar entre culturas, dependendo daquela em que o indivíduo se insere.⁽¹³⁷⁾

O comportamento sexual individual passa por um processo sequencial desde o estímulo sexual ao comportamento individual, como exemplificado na imagem 1. O estímulo sexual, quer pré-programo (próprio das espécies) ou adquirido (comportamentos adquiridos, observação ou condicionamento clássico) leva a um determinado comportamento sexual, podendo-se concretizar ou não, dependendo dos mediadores internos. Os mediadores são complexos e muito diversos, podendo ser classificados como processos afectivos, cognitivos e biológicos. Estes interagem entre si, mediando o comportamento perante um estímulo sexual. Um comportamento, leva a uma determinada consequência, que quando positiva tende a repetir o comportamento perante o estímulo, porém quando negativa tende a inibir o comportamento com o intuito de evitar a experiência.⁽¹³⁷⁾

Imagem 1: Sequência de comportamento sexual



In López e Fuertes (1999)

O comportamento é também influenciado pelas atitudes que cada indivíduo tem perante determinado tema, pessoa, ou situação.⁽¹³⁷⁾ As atitudes são objecto de estudo para muitos autores, pelo que existem vários conceitos e modelos de operacionalização. Assim, neste trabalho, optou-se por adoptar o conceito em que se designam as atitudes, como uma reacção interiorizada emocionalmente pelo indivíduo em experiências anteriores, e manifesta-se quando o indivíduo se depara perante um objecto (objecto físico, comportamental, ideia ou actividade).⁽¹³⁸⁾

As atitudes podem ser operacionalizadas por três modelos, sendo eles: modelo tripartido clássico das atitudes, modelo unidimensional clássico de atitude e o modelo tripartido revisto.⁽¹³⁹⁾ O primeiro propõe três componentes: componente afectiva (sentimentos concomitantes), componente comportamental (tendência para actuar de uma determinada forma) e componente cognitiva (opinião e crença sobre o objecto). O segundo modelo traduz apenas a componente afectiva, traduzindo a atitude numa resposta avaliativa, favorável ou não favorável. Ao passo que o terceiro modelo, consagra a atitude numa avaliação bipolar, atracção ou aversão, baseando-se nas informações anteriormente recebidas. Este último apresenta três níveis: afectivo, cognitivo e comportamental. Essencialmente, no último modelo, o indivíduo avalia o objecto (“gosta” ou “detesta”), tendo sentimento de proximidade ou aversão, face às

suas crenças e valores, reagindo comportamentalmente na presença do objecto.⁽¹³⁹⁾ Assim, as atitudes são uma reacção que deriva do conhecimento adquirido em experiências anteriores, pelo que no presente trabalho, irá adoptar-se o modelo tripartido revisto.

As atitudes são aprendidas, e como tal, podem ser modificadas, na presença de um novo elemento, nomeadamente: fornecimento de informação, experiências afectivas e comportamentais. O indivíduo tende a adquirir mais informação e reformular as atitudes anteriormente adquiridas, podendo manifestar-se futuramente de forma diferente, perante o mesmo objecto e na mesma situação. Aquando de incongruência entre a comunicação verbal e os comportamentos manifestados, o indivíduo poderá encontrar-se num processo de mudança e reestruturação.

A mudança e a reestruturação das atitudes dependem, essencialmente, da consistência da atitude anterior, natureza do novo elemento, idade do indivíduo, entre muitos outros factores. Contudo, é importante conhecer o comportamento sexual, e planear e executar intervenções que facilitem a mudança, caso seja o objectivo.⁽¹³⁷⁾

Alguns estudos têm sido realizados em Portugal, a fim de caracterizar o comportamento dos jovens. Estes, essencialmente, revelam que a maioria dos jovens portugueses tendem a apresentar bons conhecimentos face à transmissão do VIH/SIDA e outras ISTs. Todavia o comportamento, em alguns casos, revela-se preocupante no que respeita à prevenção, especialmente nos homens.

Um estudo realizado em 2006, a 364 estudantes universitários da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e a Escola Superior Ribeiro Sanches, dos 18 aos 24 anos, revelou que a maioritária dos estudantes são sexualmente activos com início da actividade sexual aos 16 anos em média. Onde os rapazes tendem a referir mais parceiras sexuais ocasionais, maior frequência de actividade sexual sob o efeito de álcool ou drogas. Contrariamente, as raparigas tendem a apresentar um relacionamento mais duradouro.⁽¹⁴⁰⁾

Semelhantes resultados foram obtidos num estudo realizado, no período de 2008-2009, a 367 estudantes universitários do ensino superior público, da cidade de Bragança, com idades compreendidas entre os 17 e os 45 anos. A maioria refere ser sexualmente activo (76%) e com início da vida sexual aos 17,5 anos em média. Da população sexualmente activa, uma parte significativa da população teve

comportamentos de risco, onde 40,8% tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool, 8,1% tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas e 3,6% nunca usaram preservativo. A maioria (98,2%) dos utentes refere já ter ouvido falar ou leu sobre ISTs, sendo os amigos, conhecidos ou colegas a principal fonte de conhecimentos (97,5%), seguido do parceiro sexual (89,6%) e por fim, os professores (88,5%) e familiares (79,2%). Apesar da maioria dos estudantes saberem que o preservativo (98%) é o único método de prevenção às ISTs, uma pequena percentagem refere o diafragma, DIU, pílula, espermicida ou o coito interrompido como forma de prevenção às mesmas.⁽¹¹⁾

O estudo realizado a nível nacional em 2010, a 3278 jovens universitários dos 18 aos 35 anos de idade, pertencentes a 144 institutos/universidade de Portugal continental, corrobora os dados anteriormente referidos. O presente estudo revelou que a maioria (79,2%) já tinha iniciado a actividade sexual, tendo a primeira relação sexual aos 16 anos em média. 60,6% referiu manter um relacionamento amoroso actual, com mais de 2 anos de evolução (40,1% dos utentes), negando a existência de parceiros sexuais ocasionais (92,3% dos utentes). As mulheres tenderam a referir mais frequentemente um relacionamento estável com mais de dois anos de evolução. No que respeita aos parceiros ocasionais, os homens apresentaram um maior número de relacionamentos ocasionais (2 a 3 parceiros), quer no último mês, como no último ano. Quanto aos meios de prevenção face às ISTs, a maioria (91,5%) reconheceu o preservativo como o melhor método de prevenção contra as ISTs, porém uma pequena percentagem (0,9%) acreditou que urinar depois das relações sexuais, a presença de DIU (0,3%), ou a (3,6%) observação de sinais de ISTs antes das relações sexuais podem prevenir uma IST, sendo os homens a responderem mais frequentemente de forma errada. No que respeita aos conhecimentos relativos aos meios de transmissão do VIH/SIDA, a maioria revelou um elevado nível de conhecimentos, sendo as mulheres que frequentemente respondem correctamente, ao passo que os homens tendem a responder mais frequentemente que não sabem. Contudo, alguns jovens ainda acreditam erradamente que o VIH/SIDA poderá ser transmitido por picada de mosquito (20,6%), nas casas de banho (10,5%), beijos (2,8%), nas piscinas (1,7%), lágrimas (1,3%) ou por abraços (0,2%).⁽¹⁴¹⁾

Desta forma, é de salientar a importância das acções de educação para a saúde, em questões de prevenção primária. A educação para a saúde acerca da prevenção em ISTs deverá incluir: natureza das infecções, sinais e sintomas sobre ISTs, consequências

a nível futuro, redução do risco, formas de prevenção, incentivo à procura de ajuda e tratamento precoce. Todos os profissionais de saúde desempenham um papel importante neste contexto.^(12; 13)

A educação para a saúde tem como objectivo a redução do risco, mudança de comportamentos de risco, uso do preservativo e adesão e implementação do tratamento dos utentes de forma célere. Assim, o aconselhamento e educação para a saúde são extrema importância, por permitirem que o indivíduo apure as suas próprias responsabilidades e oportunidades na redução das ISTs.⁽¹³⁾

Por tudo o que foi documentado, pretende-se realizar um estudo no âmbito da prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorram à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa, verificando a relação entre conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção e a prevalência de ISTs, na população estudada.

Foi eleita a consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa, pelas suas características de acessibilidade e atendimento. Segundo informação disponibilizadas pela Dr.^a Irene Santos e pela Dr.^a Jacinta Azevedo (médica assistente da consulta), a consulta incorpora a única consulta que se dedica especificamente ao diagnóstico e aconselhamento na prevenção de ISTs, realizada em cuidados de saúde primários no nosso país. Tem a designação de “consulta de DST”, a funcionar desde 1987. Atende todas as pessoas que a ela recorre, independentemente da área de residência, nacionalidade ou estado de legalização. Tem carácter aberto e gratuito, sem necessidade de referenciação. A consulta está disponível em todos os dias úteis, excepto 5^a feira, na qual a pessoa recorre fazendo a inscrição entre as 9 às 9:30. Aguarda a vez, sendo posteriormente chamada de acordo com a ordem de chegada.^(74; 142; 143; 144) Porém, a partir do mês de Setembro de 2011 e ao abrigo da portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, decreto-lei 173/2003 de 1 de Agosto e portaria de 349/96 de 8 de Agosto, o acesso à consulta e a realização de exames ficaram sujeitos a taxas moderadoras.^(145; 146; 147; 148)

Nas restantes áreas geográficas, continente e ilhas, o acesso aos serviços hospitalares de dermatovenerologia apresenta várias burocracias de acesso à consulta, inculcando desinteresse nas pessoas que a ela recorrem.⁽¹⁴⁹⁾ O utente que necessite de aconselhamento poderá dirigir-se ao Centro de Saúde de referência e contactar o enfermeiro de família. Caso queira consulta médica, deverá marcar consulta no médico

de família. Este deverá observar o utente, referenciando-o para a consulta de dermatovenerologia no hospital de referência, caso ache necessário, devendo o utente aguardar pela consulta, cumprindo a lista de espera.

4. OBJECTIVOS

4.1. OBJECTIVO GERAL

Definiu-se como objectivo geral caracterizar a relação entre a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção face às ISTs, em utentes que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa em 2011.

4.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Com o intuito de concretizar o objectivo geral, foram delimitados os seguintes objectivos específicos:

- a. Traduzir e adaptar para a cultura e população portuguesa a escala “*STD attitude Scale*”;
- b. Caracterizar as qualidades psicométricas das escalas: “*STD attitude Scale*” na população em estudo;
- c. Caracterizar a população de utentes estudada, que recorre à consulta de DST do Centro de Saúde da Lapa nos aspectos sócio-demográficos e de diagnóstico de ISTs;
- d. Caracterizar conhecimentos, atitudes, práticas de prevenção face às ISTs desta população;
- e. Caracterizar a relação entre as características sócio-demográficas e os conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da população estudada;
- f. Caracterizar a relação entre a frequência de ISTs, as características sócio-demográficas e os conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da população estudada;

5. HIPÓTESES DO ESTUDO

Face aos objectivos do presente trabalho, foram redigidas em linguagem matemática as seguintes hipóteses, em função da literatura consultada:

- H1:** A idade média de início da actividade sexual, tende a diferir entre homens e mulheres.
- H2:** O número médio de parceiros sexuais (actualmente, nos últimos seis meses e ao longo da via) tende a ser diferente entre homens e mulheres.
- H3:** Não existem diferenças estatisticamente significativas no número de parceiros sexuais (agora, nos últimos seis meses e ao longo da vida), relativamente aos dados sócio-demográficos, tais como: idade, estado civil, habilitações literárias e país de nascimento.
- H4:** A média da idade da primeira relação sexual difere entre os utentes que têm relações com pessoas de ambos os géneros, géneros diferentes ou do mesmo género.
- H5:** O número médio de parceiros sexuais (actualmente, nos últimos seis meses e ao longo da via) tende a ser diferente face à orientação sexual.
- H6:** Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as práticas sexuais adoptadas pelos homens e as adoptadas pelas mulheres.
- H7:** Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a orientação sexual e o género do utente.
- H8:** Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às práticas sexuais adoptadas pelos utentes, relativamente ao país de nascimento, estado civil, habilitações literárias e profissão desempenhada.
- H9:** Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao uso inconsistente do preservativo, no que respeita ao género e à preferência sexual.
- H10:** Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos profissionais, incluindo os desempregados, estudantes, reformados e profissionais de sexo, relativamente ao uso de preservativo nas várias práticas sexuais.

H11: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem utiliza preservativo e os que não utilizam, relativamente ao país de nascimento.

H12: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está infectado e quem não está infectado, no que respeita ao género do utente.

H13: A média de idades tende a ser diferente entre quem está ou não está infectado.

H14: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está infectado e quem não está infectado no que respeita às habilitações literárias, país de nascimento e profissão do utente.

H15: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está infectado e quem não está infectado no que respeita à orientação sexual do utente.

H16: A média de idades da primeira relação sexual tende a ser diferente entre quem está ou não infectado.

H17: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não está infectado, relativamente ao uso de preservativo nas várias práticas sexuais.

H18: Existe um risco elevado de nova IST, em utentes que referiram antecedentes de IST.

H19: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem pratica sexo oral, vaginal ou anal e quem não o pratica, relativamente à presença de IST.

H20: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não está infectado, no que concerne ao uso de preservativo nas várias práticas sexuais.

H21: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem acredita e quem não acredita que todas as pessoas podem apanhar uma IST, relativamente à idade; género; orientação sexual; habilitações literárias; país de nascimento e profissão.

H22: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem tem ou não tem conhecimentos, no que respeita aos meios de transmissão das ISTs, nomeadamente a) contacto com objectos; b) contacto pele a pele; c) contacto com os genitais; d) transmissão sem relações sexuais, e) transmissão materno-fetal durante o parto e f) urinar após a relação sexual, relativamente à idade, género, orientação sexual, habilitações literárias e nascimento num país tropical.

H23: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem tem ou não tem conhecimento, relativamente aos conhecimentos acerca dos sinais e sintomas das

ISTs, nomeadamente, a) presença de vesículas ou feridas; b) disúria; c) presença de corrimento purulento, face relativamente à idade, género, habilitações literárias e nascimento num país tropical.

H24: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem considera a procura de alterações nos genitais sugestivos de ISTs antes do sexo, como sendo um método eficaz, relativamente à idade, género, habilitações literárias e nascimento num país tropical.

H25: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não infectado, quando refere sintomas de corrimento, ferida, prurido, manchas, dor, ardor ou condilomas.

H26: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não está infectado, quando os sintomas são observados pelo clínico.

H27: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está infectado e não está infectado, relativamente aos conhecimentos dos utentes acerca dos sinais e sintomas das ISTs, nomeadamente, a) presença de vesículas ou feridas; b) disúria; c) presença de corrimento purulento, d) presença de infecções assintomáticas.

H28: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está infectado e quem não está, no que respeita às complicações das ISTs, nomeadamente, a) infertilidade e b) DIP.

H29: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem tem e quem não tem conhecimentos acerca do preservativo, relativamente aos dados sócio-demográficos e à orientação sexual.

H30: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem concorda ou não concorda com o uso de preservativo nas várias práticas sexuais, relativamente ao uso efectivo nas várias práticas sexuais.

H31: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está e quem não está infectado, relativamente aos conhecimentos acerca do preservativo, nomeadamente, a) uso em todas as práticas sexuais; b) uso com parceiros ocasionais; c) o método mais seguro e d) método mais seguro com mais do que um parceiro sexual.

H32: Não existem diferenças estatisticamente significativas acerca dos meios de prevenção, nomeadamente a) procura de alterações genitais prévias às relações sexuais;

b) urinar após as relações sexuais; c) DIU impede as IST e d) pílula previne ISTs, relativamente aos dados sócio-demográficos e orientação sexual.

H33: Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos conhecimentos acerca das indicações gerais no tratamento das IST, nomeadamente, a) necessidade de abstinência sexual; b) procura de ajuda médica em situações de relações desprotegidas com parceiros ocasionais e c) finalizar a toma de medicação, face aos dados sócio-demográficos e orientação sexual.

H34: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não está infectado, relativamente aos conhecimentos acerca das indicações gerais no tratamento das ISTs, nomeadamente, a) necessidade de abstinência sexual; b) procura de ajuda médica em situações de relações desprotegidas com parceiros ocasionais e c) finalizar a toma de medicação.

H35: Não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita às atitudes adoptadas relativamente à idade, género, habilitações literárias e estado civil.

H36: Não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita às atitudes adoptadas relativamente aos utentes que têm relações sexuais com pessoas do mesmo género, ambos os géneros ou géneros diferentes.

H37: Não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita às atitudes adoptadas, relativamente ao país de nascimento, local de residência e o tempo de permanência em Portugal na situação de imigrante.

H38: Não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita às atitudes adoptadas relativamente à profissão desempenhada pelo utente.

H39: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não está infectado, relativamente às atitudes adoptadas pelos utentes.

H40: Não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita às atitudes adoptadas, relativamente aos conhecimentos que os utentes têm, relativamente a) aos meios de transmissão; b) sinais e sintomas, c) uso de preservativo, d) indicações gerais e e) possíveis complicações.

H41: Não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita às atitudes adoptadas, relativamente às práticas sexuais adoptadas (oral, vaginal ou anal), número de parceiros sexuais e uso de preservativo.

PARTE II – ESTUDO DE CAMPO

1. MATERIAL E MÉTODOS

1.1. TIPO DE ESTUDO

Face ao objectivo proposto, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, não interventivo, exploratório e transversal, a fim de determinar a relação entre a prevalência de ISTs e conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção face às ISTs dos utentes que recorram à consulta de DST realizada no Centro de Saúde da Lapa, no período de 2011.

1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A consulta tem uma média de 4.000 consultas ao ano, das quais 2.000 correspondem a pessoas que recorrem pela primeira vez à consulta. ^(74; 142; 143; 144)

Segundo últimos dados publicados por Santos, Azevedo e Cardoso (2007), referentes à consulta de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2006, a população que recorre à consulta é essencialmente jovem, (50,5%) com idade inferior aos 30 anos, maioritariamente masculina (56,8%) e letrada (66,1% referiram ter o 12º ano de escolaridade ou ensino superior). 68,1% tinham nacionalidade portuguesa, sendo 31,9% da população oriunda de países estrangeiros, sobretudo do Brasil, Europa de Leste e Países de Língua Oficial Portuguesa. 88,7% referiram manter relações sexuais com pessoas de géneros diferentes, tendo tido um ou nenhum parceiro sexual nos 6 meses anteriores ao estudo (64,4%).⁽⁷⁴⁾

Assim, foi realizada uma amostragem não-probabilística – amostragem accidental. O tamanho da amostra foi calculado tendo em conta o “caminho do esforço mínimo” e “estimação por meio das “regras do polegar” referidas em Hill e Hill (2002) e as recomendações referidas por Kerlinger (1986), citado por Viana e Madruga (2008). Assim, foi utilizado a seguinte fórmula:

$$N = 15K \text{ (N = tamanho da amostra e K = n.º itens)}$$

Sabendo que a escala “*STD attitude Scale*” apresenta 27 itens, esta deveria ser aplicada a uma amostra de 405 pessoas no mínimo. No entanto, segundo o caminho do esforço mínimo obteve-se uma “*amostra de tamanho ou dimensão tão grande quanto possível dentro dos limites dos recursos disponíveis (...) dinheiro, tempo, material, acessos aos respondentes*” (150 p. 53)

Foram definidos critérios de selecção da amostra, sendo motivo de exclusão o não cumprimento dos mesmos:

- a. Todas os utentes com mais de 18 anos que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa;
- b. Todos os utentes que assinem o consentimento informado;
- c. Todos os utentes que saibam ler;
- d. Todos os utentes que não demonstrem alterações cognitivo-comportamentais.

1.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os dados foram colhidos em duas fases. A primeira consistiu no método não documental por observação indirecta, através da aplicação de um questionário auto-preenchido. A segunda baseou-se no método documental provido pelo Centro de Saúde da Lapa em cartão adequado, no que respeita à presença de ISTs e sinais e sintomas.

O questionário auto-preenchido é constituído por questões de resposta fechada e aberta, elaboradas com uma linguagem simples de forma a ser de fácil compreensão ao entrevistado. Como pode ser observado no anexo 2, o questionário é constituído por quatro partes: dados sócio-demográficos, escala “*STD attitude Scale*”, conhecimentos da problemática e dados comportamentais.

1.3.1. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE HISTÓRIA DE IST

Para avaliação dos dados sócio-demográficos foi elaborado um questionário com perguntas de resposta aberta e resposta fechada. Como forma de questão aberta foi questionada a idade, o país onde nasceu, o tempo de permanência em Portugal na

situação de imigrante, o concelho de residência, a profissão, bem como o tempo de procura de outras consultas. A variável profissão foi posteriormente operacionalizada em classes, segundo a Classificação Nacional de Profissão (CNP) proposto pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Como respostas fechadas foi questionado o estado civil, habilitações literárias, fonte de conhecimentos sobre ISTs, fonte de conhecimento sobre a consulta, motivo de vinda à consulta, presença de sintomas; história anterior de ISTs e procura prévia de consultas no âmbito das ISTs.

1.3.2. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATITUDES FACE ÀS ISTS

Para avaliar as atitudes face às ISTs, foi utilizada a escala “*The STD attitude Scale*”, previamente autorizada pelo autor (*vide anexo 3*) e traduzida para português, tendo em consideração aspectos fundamentais, como sejam: tradução da escala segundo o método tradução-retroversão; realização do pré-teste a um grupo de pelo menos 30-40 pessoas para verificação da validade semântica do questionário; reajusto das perguntas consideradas duvidosas; aplicação do questionário na amostra definida e avaliação das características psicométricas da escala. ^(151; 150; 152; 153)

O método de tradução-retroversão implicou a tradução da escala original por dois tradutores independentes (um conhecedor do tema e outro não); síntese das duas traduções por uma terceira pessoa; retradução da escala por outros dois tradutores que devem ser alfabetizados pela língua da escala original (Inglês) e revisto por um comité de especialistas. ⁽¹⁵¹⁾

A escala distingue indivíduos com atitudes de alto e baixo risco para a aquisição de ISTs, através do *score* total da escala ou de cada subescala. Sendo o valor do *score* directamente proporcional ao risco para adquirir uma IST. Quanto maior a pontuação da escala total ou de cada subescala, maior será a atitude favorável para a aquisição de comportamentos de alto risco. Ao passo que *scores* mais baixos se relacionam com atitudes favoráveis para comportamentos de baixo risco para aquisição de ISTs. ⁽¹⁵⁴⁾

Segundo o autor, os itens foram desenvolvidos de acordo com uma tabela de especificação, constituída por itens que reflectem a natureza, prevenção e tratamento

das ISTs. Cada subescala apresenta itens das três áreas conceptuais, conforme a tabela 1.

Tabela 1: Composição da escala e valores de teste-reteste e alfa de Cronbac

Escala	Composição das escalas	Teste-reteste (5-7 dias)	Alfa de Cronbac
Escala total	Item 1 a 27	0,71	0,73
Sub-escala “crenças”	Item 1 a 9	0,50	0,53
Sub-escala “sentimentos”	Item 10 a 18	0,57	0,48
Sub-escala “intenção de agir”	Item 19 a 27	0,63	0,71

Adaptado de Yaber, William; Torabi, Mohammad; Veenker, C. Harold (1997)

A escala final é constituída por itens com níveis significativos de consistência interna e poder de discriminação razoável. Os autores reportaram um teste-reteste, num período de 5-7 dias.⁽¹⁵⁴⁾

Foi utilizada uma escala do tipo Lickert com 5 graus, consoante o estado de concordância das pessoas, (1) “discordo totalmente”; (2) “discordo”, (3) “indeciso”, (4) “concordo” e (5) “concordo totalmente”. Para calcular os totais da escala, os itens 1, 10-14, 16 e 25 deverão adquirir os seguintes valores: concordo totalmente = 5, concordo = 4, indeciso = 3, discordo = 2 e discordo totalmente = 1. Ao passo que, os itens 2-9, 15, 17-24, 26 e 27 deverão tomar os valores: concordo totalmente = 1, concordo = 2, indeciso = 3, e discordo = 4 e discordo totalmente = 5.

O autor garante a validade de conteúdo e rosto, uma vez que os itens foram construídos com base numa tabela de especificações e sujeitos a avaliação de um conjunto de especialistas. Segundo o autor, a escala foi aplicada na mesma amostra de alunos, em dois momentos independentes, sendo realizada formação entre os mesmos. Assim, a validade de construto foi garantida pelo autor, uma vez que os alunos melhoraram o *score* do teste pós-formação, relativamente ao teste pré-formação.⁽¹⁵⁴⁾

1.3.3. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE IST

Para avaliação dos conhecimentos sobre ISTs, foi elaborado um questionário, com base na escala de Yarber “*STD Health Behavior Knowledge test*”⁽¹⁵⁵⁾, previamente autorizada pelo autor, *vide* anexo 3, sendo as questões porém reformuladas com base na revisão bibliográfica, bem como na estruturação da pergunta. Assim, foi substituída a

forma de questão em escolha múltipla, para uma escala do tipo Lickert de 3 níveis, em que o valor (1) corresponde a “discordo”, o valor (2) “concordo” e (3) “ não sei”. O presente instrumento apresenta 24 questões relacionadas com meios de prevenção, sintomas, transmissão e possíveis complicações das ISTs.

1.3.4. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS

Para avaliação do comportamento, foi questionado o grau de risco tendo por base os factores que a OMS e o CDC apresentam, nomeadamente, antecedentes de ISTs, parceiros novos ou múltiplos parceiros e uso inconsistente do preservativo. ^(2; 10) Desta forma, o instrumento de colheita de dados sobre práticas sexuais tem por base a colheita de informação sobre o início das relações sexuais, orientação sexual, número de parceiros sexuais e prática de sexo oral, vaginal ou anal, bem como o uso do preservativo e o motivo.

1.4. PRÉ-TESTE

O pré-teste do questionário foi aplicado a uma amostra de 70 indivíduos, em Janeiro de 2011, com características semelhantes à amostra em estudo, a fim de se verificar questões de semântica, tendo sido levantadas dúvidas em alguns itens.

No item 2 da II parte, o conceito “objectos” representava um grande conjunto, tendo os respondentes questionado se eram incluídos objectos sexuais, pelo que foram acrescentados alguns exemplos, “(ex: copo, mesa)”.

No item 12 da II parte, não foi entendido o conceito de contacto pele-a-pele, pelo que foi adicionado o seguinte exemplo “(ex: cara e braços)”.

1.5. MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS

O estudo processou-se, como referido anteriormente, em duas fases. A primeira fase coincidiu com a consulta do utente, onde será aplicado um questionário auto-

preenchido. A segunda correspondeu à disponibilização do cartão de diagnóstico (presença de IST ou sinais e sintomas).

O questionário era anónimo e foi aplicado enquanto o utente aguardava a consulta na sala de espera. Foi explicado, pelo investigador, o objectivo do estudo e solicitado a sua participação voluntária, bem como um consentimento informado a todos os participantes, garantindo a independência entre o estudo e a consulta. A distribuição do questionário procedeu-se aquando da inscrição do utente na consulta. Junto ao questionário foi entregue uma folha explicativa sobre o estudo (*vide* anexo 4), um cartão com o número do questionário (*vide* anexo 5) e o consentimento informado (*vide* anexo 6).

Após o preenchimento do questionário, este foi colocado em envelope fechado e depositado pelo utente numa caixa apropriada, tipo “urna”. Ao passo que o consentimento informado e o cartão de diagnóstico foram entregues pelo utente na consulta médica. A entrega e recolha dos questionários foram da responsabilidade do investigador, sendo o acesso aos mesmos, restrito ao investigador.

Apenas a médica assistente sabia qual a correspondência correcta entre a identificação do utente, o número do questionário e o diagnóstico. Desta forma, o investigador não teve acesso à identificação do utente e ao seu processo clínico, nem a médica assistente teve acesso ao questionário.

Quando o diagnóstico estava disponível, a médica assistente preenchia o cartão de diagnóstico entregue anteriormente pelo utente e devolvia-o ao investigador, isento de qualquer identificação do utente, apenas com o número do questionário. Numa segunda fase foi associado o diagnóstico ao questionário para posterior tratamento estatístico dos dados.

1.6. METODOLOGIA ESTATÍSTICA

Os questionários preenchidos foram transportados para casa do investigador, ficando ao cuidado e responsabilidade do mesmo. Todos os questionários foram devidamente guardados em local seguro e de acesso restrito.

É da inteira responsabilidade do investigador a adequada qualidade dos dados. Foi verificada a exactidão e consistência dos dados constantes nos questionários. Os

dados foram verificados duplamente, durante a sua inserção na base de dados previamente preparada pelo investigador.

Para validação das qualidades psicométricas da escala, foram tidos em conta alguns critérios, nomeadamente: avaliação da consistência interna através da fiabilidade compósita e análise factorial confirmatória.^(150; 151; 156)

Na avaliação das características psicométricas da escala “*STD attitude Scale*”, foram tidos em consideração três procedimentos: sensibilidade, fiabilidade e validade de construto da escala. Assim, foi verificada validade factorial da “*STD attitude Scale*”, através de uma análise factorial confirmatória, numa amostra de 556 utentes que recorreram à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa, entre 1 de Fevereiro a 30 de Julho de 2011, utilizando o software AMOS (v.19, SPSS inc, Chicago, IL), como descrito em Marôco (2010).

Segundo o mesmo autor, foram avaliadas a presença de *outlier* pela distância quadrada de Mahalanobis (DM2) e a violação à normalidade, através do coeficiente de assimetria ($|sk| \leq 3$) e achatamento ($|Ku| \leq 10$) uni- e multivariada.

A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos factoriais ($\lambda^2 \geq 0,5$) e pela fiabilidade individual ($R^2 \geq 0,25$) dos itens. A qualidade de ajustamento global do modelo factorial foi realizada através de índices absolutos (χ^2/df ; *Goodness of Fit Index* - GFI), índices relativos (*Comparative Fit Index* - CFI), índices de parcimónia (*Parsimony CFI* - PCFI, *Parsimony GFI* - PGFI); índices de discrepância populacional (*Root Mean Square Error of Approximation* - RMSEA, $P[rmsea \leq 0,05]$) e índices baseados na teoria da informação (MECVI).⁽¹⁵⁶⁾

A fiabilidade da escala foi analisada tendo por base o índice de fiabilidade compósita (FC), considerando significativa se apresentar valores superiores ou iguais a 0,7. A validade convergente, foi avaliada por intermédio da variância extraída média (VEM), considerando-se a sua existência quando superior ou igual a 0,5, como referido em Marôco (2010).⁽¹⁵⁶⁾ Contudo, Bollen (1989) refere que pode existir validade convergente quando valores superiores a 0,4.⁽¹⁵⁷⁾ A validade discriminante foi avaliada pela comparação das VEM com os quadrados das correlações entre os factores.⁽¹⁵⁶⁾

Os índices de qualidade de ajustamento global, fiabilidade e validade foram avaliados quer para os elementos de primeira ordem (intenção de agir, sentimentos e crenças), como para o elemento de segunda ordem (atitudes preventivas).

Como técnicas de análises foram utilizados a estatística descritiva e os testes de hipóteses estatísticas, a fim de melhor caracterizar a população em estudo, utilizando-se o programa *PASW Statistics* (versão 19). Na realização dos testes de hipótese, foi adoptado um nível de significância a 5% para um máximo de erro na rejeição da hipótese nula, quando esta hipótese é verdadeira. Para análise do teste de hipóteses, foram utilizados os testes paramétricos e não paramétricos, de acordo com o cumprimento dos pressupostos de aplicação dos testes.

Para análise de associação entre as variáveis, foi utilizado o coeficiente de *R de persan*. Em sua substituição foi utilizado o coeficiente de associação phi (ϕ) e Spearman ρ (Rho).^(152; 158)

1.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido à apreciação do Comité de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) – Universidade Nova de Lisboa e devidamente autorizado pelo Ex.mo Director Executivo ACES 3 Lisboa Central. A escala utilizada no questionário, foi devidamente autorizada pelo seu autor, *vide* anexo 7 e 8.

Apenas puderam participar no estudo os utentes que cumpriram os critérios de selecção. Foi garantido o anonimato, a confidencialidade e a privacidade do utente. E foi facultada a possibilidade de o utente desistir do estudo em qualquer uma das fases do mesmo.

Os riscos e inconvenientes para os participantes, foram aqueles associados ao preenchimento do questionário, visto tratar-se de um tema do fórum íntimo do participante.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA

O modelo tri-factorial da escala “*STD attitude Scale*” original ajustado a uma amostra de 556 utentes que recorreram à consulta de DST no centro de saúde da Lapa, revelou que nenhuma variável apresentou índices de assimetria (sk) e achatamento (ku) sugestivos de violações severas à distribuição da normalidade, encontrando-se a variar entre [-1,15 ; 2,839] e [-0,838 ; 9,444], respectivamente

Os índices de qualidade de ajustamento global revelaram uma qualidade de ajustamento mau (CFI=0,673); sofrível ($\chi^2/df=1,982$; GFI=0,859; RMSEA=0,058; $p[rmsea \leq 0,05]=0,024$) e bom (PGFI=0,730; PCFI=0,616).

Alguns pesos factoriais, bem como a fiabilidade individual de algumas variáveis estão comprometidos, por apresentarem valores iguais ou inferiores a 0,5 e 0,25, respectivamente, devendo proceder-se à sua eliminação. Contudo, tal problema pode ser devido a amostra estudada e não relativos à escala. Assim, conjuntamente irá observar-se os índices de ajustamento, presença de *ouliers* através das DM^2 e índice de modificação.

As DM^2 indicam a presença de 29 casos sugestivos de *outliers* multivariados ($p1$ e $p2 < 0,001$). Depois de eliminados os *outliers*, os índices de ajustamento mantiveram-se considerados maus (GFI=0,709); sofríveis ($\chi^2/df=1,952$; RMSEA=0,059; $p[rmsea \leq 0,05]=0,013$) e bons (PGFI=0,724; PCFI=0,649).

Após a análise dos índices de modificação, que indicam a saturação do item 25 no factor sentimentos e o item 15 no factor crenças. Verificou-se ainda correlações significativas entre os erros de medida dos itens 5 e 23, pertencentes a factores diferentes, pelo que se optou pela eliminação dos itens 5, 15, 23 e 25.

Com todos os procedimentos até este momento, alguns pesos factoriais e fiabilidade individual melhoraram. Contudo, alguns mantêm-se baixos (itens 1-3; 8-10; 17-21; e 24) pelo que se procedeu à sua eliminação. Assim, foram melhorados significativamente os índices de ajustamento e obtido um ajustamento de qualidade bom ($\chi^2/df=1,391$; PGFI=0,600; PCFI=0,727) e muito bom (GFI=0,966; CFI=0,975; RMSEA=0,033; $P[rmsea \leq 0,05]=0,0882$).

Comparativamente ao modelo original na amostra estudada ($\chi^2(41) = 57,042$; $p < 0,05$), o modelo simplificado revelou índices de ajustamento significativamente superiores, bem como MECVI consideravelmente menor (2,786 vs 0,388), revelando que o modelo simplificado se ajusta melhor à estrutura correlacional do modelo e melhor validade na população em estudo.

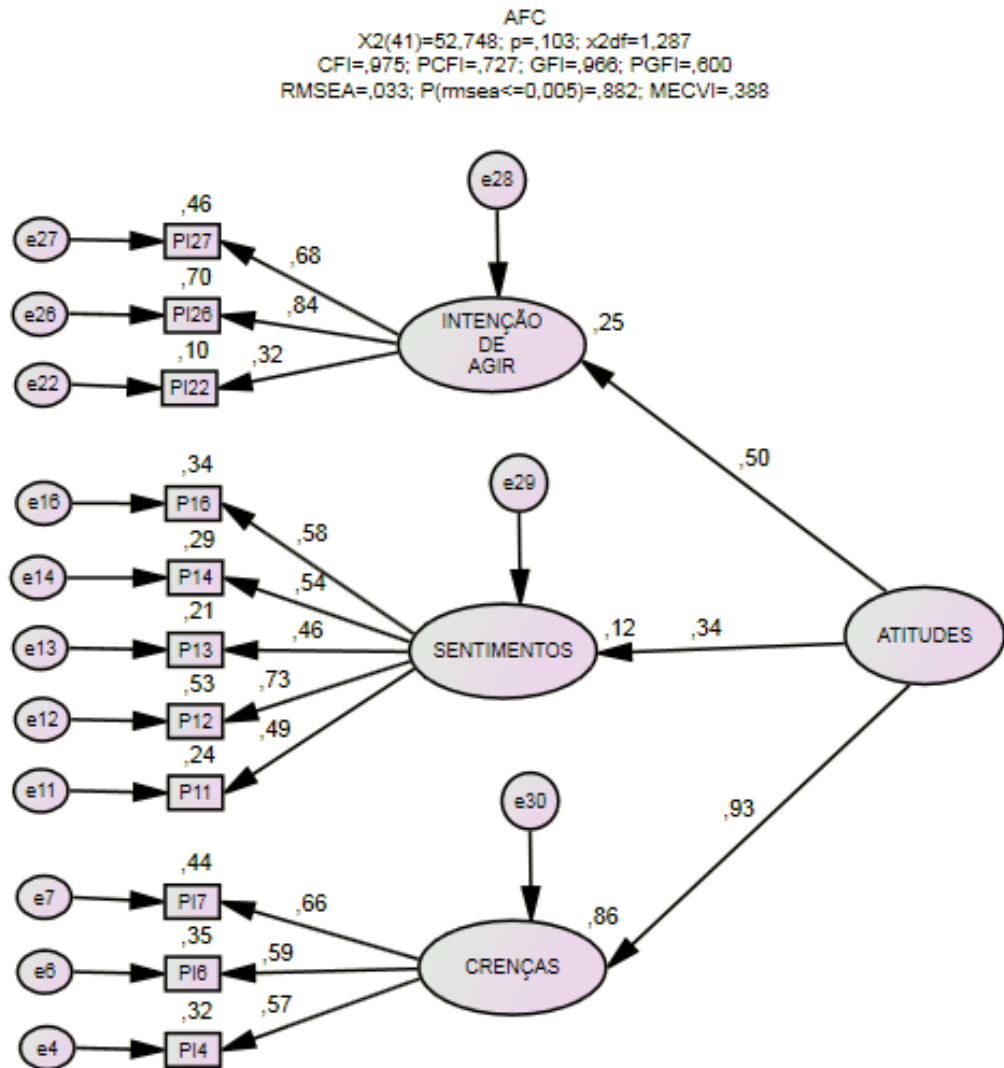
A FC dos factores revelou-se elevada, sendo de 0,74 para “crenças”, 0,78 para “sentimentos” e 0,74 para “intenção de agir”. A VEM, indicador de validade convergente, revela-se adequada, segundo Bollen (1989) para os três factores, pois apresentam valores de 0,49 para factor “crenças”, 0,42 para o factor “sentimentos” e 0,52 para o factor “intenção de agir”.

A validade discriminante foi verificada pela comparação entre os valores das VEM e os quadrados das correlações entre os factores, verificando-se validade discriminante entre todos os factores. Sendo $VEM_{\text{sentimentos}}=0,42$ e $VEM_{\text{I.agir}}=0,42$ superiores ao $r^2_{\text{sent.-I.agir}}=0,0289$ podendo-se afirmar que os dois factores apresentam validade discriminante. De forma idêntica, pode ser demonstrado validade discriminante entre os factores “intenção de agir” e “crenças” e os factores “sentimentos” e “crenças”, cujas correlações ao quadrado ($r^2_{\text{I.agir-crenças}}= 0,2209$ e $r^2_{\text{sent.-crenças}}=0,1024$, respectivamente) são inferiores aos valores de cada VEM dos factores.

Sendo validado o modelo de primeira ordem, prosseguiu-se com a análise do modelo de segunda ordem, “atitudes”. O modelo apresenta índices de ajustamento iguais ao de 1ª ordem, apresentando qualidade de ajustamento bom ($\chi^2/df=1,391$; PGFI=0,600; PCFI=0,727) e muito bom (GFI=0,966; CFI=0,975; RMSEA=0,033; $P[\text{rmsea} \leq 0,05]=0,0882$). Porém, verifica-se que o factor “sentimentos” apresenta peso factorial moderadamente baixo, $\lambda^2=0,34$, bem como a sua fiabilidade individual ($R^2=0,12$). No entanto, não existem valores de índices de modificação sugestivos de qualquer alteração. Verifica-se boa validade compósita ($FC = 0,72$).

No que respeita à validade da escala, como referido anteriormente e podendo ser observado na imagem 2, alguns pesos factoriais, bem como a fiabilidade individual, são moderadamente inferiores não se garantindo a validade factorial entre os factores, pelo que se recomendam mais estudos, a fim de obter melhores resultados.

Imagem 2: Modelo simplificado da escala “STD attitude Scale”



Como sugerido pelo autor da escala, quanto maior o *score*, maior será a predisposição para um comportamento de alto risco para aquisição de ISTs. Assim para obter os *score* global de atitudes preventivas, para a amostra sob estudo, com base na matriz dos pesos factoriais (tabela 2) foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Atitudes} = 0,129 \text{ It4} + 0,168 \text{ It6} + 0,209 \text{ It7} + 0,009 \text{ It11} + 0,025 \text{ It12} + 0,008 \text{ It13} + 0,011 \text{ It14} + 0,012 \text{ It16} + 0,007 \text{ It22} + 0,074 \text{ It26} + 0,031 \text{ It27}$$

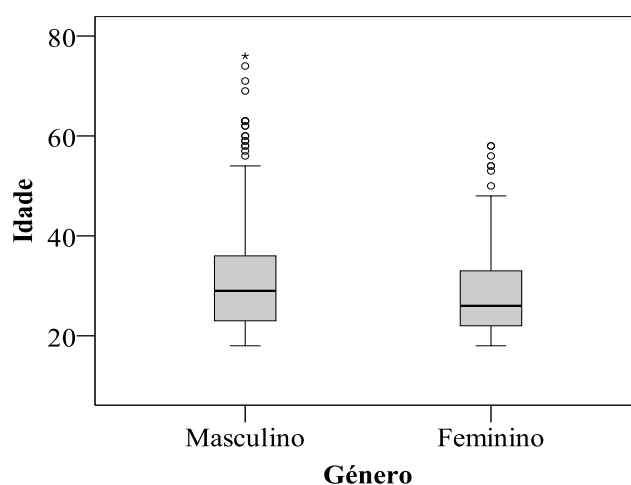
Tabela 2: Matriz dos pesos para estimar os scores dos factores a partir dos itens

	It27	It26	It22	It16	It14	It13	It12	It11	It7	It6	It4
Intenção de Agir	0,104	0,245	0,025	0,001	0,001	0,001	0,003	0,001	0,026	0,02	0,016
Sentimentos	0,005	0,011	0,001	0,112	0,102	0,074	0,246	0,085	0,031	0,025	0,019
Crenças	0,025	0,059	0,006	0,009	0,008	0,006	0,02	0,007	0,254	0,204	0,156
Atitudes	0,031	0,074	0,007	0,012	0,011	0,008	0,025	0,009	0,209	0,168	0,129

2.2. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS;

Foram abordados 900 utentes que recorreram à consulta, dos quais aceitaram colaborar voluntariamente 580. Contudo, foram eliminados alguns questionários por desistências (3 casos) e mau preenchimento (21 casos), pelo que a amostra final incluiu 556 utentes. Da população estudada, verificou-se que 62,1% (345/556) dos utentes eram do género masculino e 37,9% do género feminino (211/556). Estes apresentaram idades dos 18 aos 76 anos de idade, com uma média de 30,53 anos, sendo uma população maioritariamente jovem, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (Q25= 23 anos; Q75=35,0 anos; σ =10,266anos). Em média, as mulheres (μ =28,69 anos; Q25= 22 anos; Q75=33,0 anos; σ =8,689 anos) referiram ser mais novas que os homens (μ =31,64 anos; Q25= 23 anos; Q75=36,0 anos; σ =10,978anos), como podem ser observado no gráfico 1.

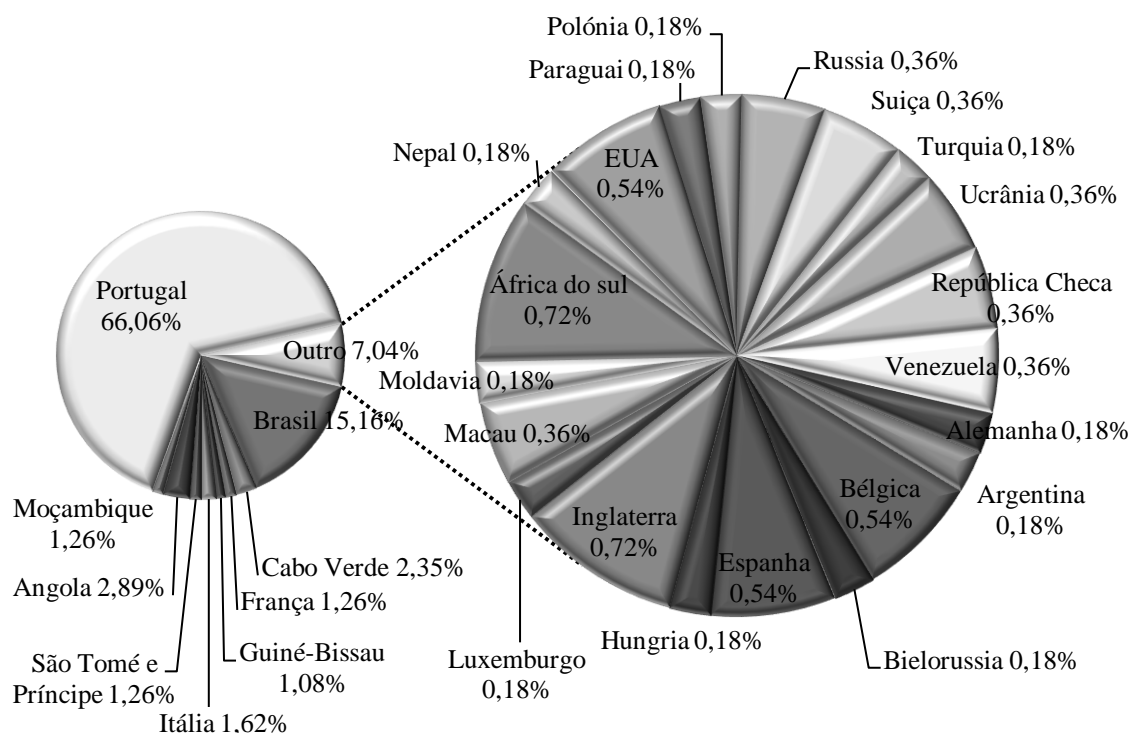
Gráfico 1: Distribuição da população face à idade e ao género



Relativamente à **naturalidade**, a maioria da população inquirida nasceu em Portugal (65,8%), Brasil (15,1%), Angola (2,9%) e Cabo Verde (2,3%), existindo uma pequena percentagem de utentes que nasceram noutros países, como pode ser observado no gráfico 2.

Verificou-se assim, que 66% nasceu em Portugal, 9,2% nasceu num país africano, 16% nasceu num outro país tropical, 5,9% nasceu num país europeu excepto Portugal, os restantes 2,6% nasceram num país de leste (1,3%) ou num país pertencente à América ou Ásia (1,3%).

Gráfico 2: Distribuição da população face ao país de nascimento



Na sua maioria, a população imigrante referiu permanecer em Portugal há mais de 5 anos, variando dos 3,5 meses aos 48 anos. Em média, a população imigrante encontra-se em Portugal há 10,3 anos. Os utentes nascidos em África do Sul, são os que referiram permanecer há mais tempo em Portugal ($\mu=29,25$ anos; $Q25=21$ anos; $Q75=42,25$ anos; $\sigma=12,69$ anos), seguindo-se dos utentes Moçambicanos ($\mu=25,14$ anos; $Q25=5$ anos; $Q75=35$ anos; $\sigma=14,61$ anos) e Angolanos ($\mu=19,46$ anos; $Q25=11,5$

anos; $Q75 = 28$ anos; $\sigma = 10,62$ anos). Os imigrantes brasileiros referiram permanecer em Portugal há 6,7 anos em média.

A maioria da população referiu residir no distrito de Lisboa (89,7%) e Setúbal (6,1%), sendo que uma pequena percentagem referiu os distritos de Aveiro, Porto, Leiria, Santarém, Beja, Região autónoma dos Açores ou no estrangeiro. Da população residente no distrito de Lisboa e Setúbal, grande parte referiu residir no concelho de Lisboa (52,5%), Oeiras (8,1%), Sintra (6,8%), Loures (6,1%), Amadora (5,3%), Cascais (4,2%), Odivelas (2,2%), Almada (2,4%), Vila Franca de Xira (1,8%) e Setúbal (1,3%). Toda a população imigrante referiu residir exclusivamente nos concelhos de Lisboa ou Setúbal.

No que respeita à **profissão**, verificou-se que 66,8% dos utentes encontravam-se empregados, os restantes 33,2% eram estudantes (24%), desempregados (6,6%), reformados (1,9%) ou profissionais do sexo (0,9%). Considerando a CNP, a categoria com maior percentagem é a “pessoal de serviço e vendedores” com 27,81%, que integra os empregados de mesa/balcão, cozinheiros, operadores de supermercado, cabeleireiros e vendedores.

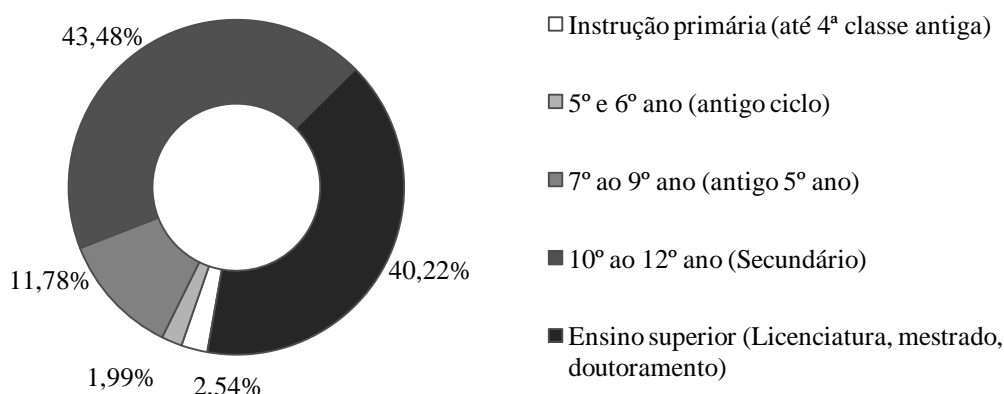
Os restantes 21,63% pertencem à categoria de “especialistas de profissões intelectuais e científicas” (médicos, enfermeiros, engenheiros, arquitectos, advogados e juristas); 16,85% “técnicos profissionais de nível intermédio” (artistas, educadores de infância, técnicos informáticos); 10,96% “pessoal administrativo e similar” (telefonistas, operadores *call center*, recepcionista, secretariado, empregados de escritório); 7,30% “trabalhadores não qualificados” (empregada doméstica, mordomo, seguranças e porteiros); 6,18% “quadro superior de administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas” (gerentes, consultores, directores); 4,78% “operários, artífices e trabalhos similares” (carpinteiro, trabalhadores da construção civil, pintores, canalizadores, electricista e florista) e por fim 4,49% “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de moagem” (motoristas).

Os utentes estudantes, desempregados ou pessoal de serviços e vendedores são em média mais jovens ($\mu = 22,21$ anos, $\mu = 29,69$ anos e $\mu = 31,62$ anos, respectivamente). Ao passo, que os cargos superiores ou operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, tendem a ser ocupados por utentes em média mais velhos

($\mu=35,23$ anos e $\mu=37,12$ anos, respectivamente), sendo esta diferença estatisticamente significativa (estatística de teste *Kruskall-Wallis*= 201,136; $p<0,001$).

No que respeita às **habilitações literárias**, verificou-se que os utentes apresentam graus de escolaridade baixos (instrução primários, antiga 4ª classe) a graus de instrução mais elevados, bacharelatos, licenciatura, mestrados ou doutoramento. Na sua maioria (83,7%) apresentaram graus de escolaridade superiores ao 10º ano de escolaridade, como pode ser observado no gráfico 3.

Gráfico 3: Distribuição da população relativamente ao grau de ensino



É de notar que os utentes com mais de 60 anos de idade apresentaram graus de instrução extrema, 42,9% tem a instrução primária, 42,9% tem o ensino secundário 14,3% superior. Os restantes utentes tendem a obter graus de ensino maioritariamente mais elevados (10º ano ao ensino superior), como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos utentes face às habilitações literárias e à idade

		Idade por classes					TOTAL
		[18-30[	[30-40[	[40-50[	[50-60[	≥ 60	
Habilitações literárias	Instrução primária (até 4ª classe antiga)	0,2%	0,4%	0,4%	0,5%	1,1%	2,5%
	5º e 6º ano (antigo ciclo)	0,9%	0,5%	0,4%	0,2%	0,0%	2,0%
	7º ao 9º ano (antigo 5º ano)	7,1%	2,9%	1,4%	0,4%	0,0%	11,8%
	10º ao 12º ano (Secundário)	25,7%	10,7%	4,7%	1,3%	1,1%	43,5%
	Ensino superior (Licenciatura, mestrado, doutoramento)	21,7%	12,3%	4,0%	1,8%	0,4%	40,2%
TOTAL		55,6%	26,8%	10,9%	4,2%	2,5%	100,0%

No que respeita às habilitações literárias não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($\chi^2=3,408$; $p=0,492$; $n=550$). Tanto os homens (83,4%), como as mulheres (84%) tendem a apresentar graus ensino mais elevados, nomeadamente, ao nível do ensino secundário (42,3% e 45,4%, respectivamente) e ensino superior (41,1% e 38,6%, respectivamente).

Relativamente ao **estado civil**, verificou-se que a maioria da população é solteira (77%), seguido de utentes casados (9%), divorciados (6,8%), em união de facto (6,1%) e viúvos (0,2%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao género ($\chi^2= 1,854$; $p=0,763$; $n=550$). Contrariamente, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade ($\chi^2= 163,549$; $p<0,001$; $n=551$), profissão ($\chi^2= 126,149$; $p<0,001$; $n=529$) e habilitações literárias ($\chi^2= 63,387$; $p<0,001$; $n=547$). Face à idade, verificou-se uma associação linear baixa ($\rho= 0,395$; $p<0,001$; $n=551$), quanto maior a idade, maior a percentagens de utentes que tendem a ser casados ou em união de facto, divorciado ou viúvo. No que concerne à profissão verificou-se uma associação linear muito fraca e não estatisticamente significativa ($\rho=-0,50$; $p=0,255$; $n=529$), contudo observou-se que a maioria dos estudantes (95,3%) e dos desempregados (82,9%) são solteiros, contrariamente, todos os reformados são casados (66,7%) ou divorciados (33,3%). 40% dos utentes que referiram ser profissionais do sexo eram solteiros no momento do estudo, 20% eram casados e 40% eram divorciados. Face às habilitações literárias, observou-se uma associação linear muito baixa ($\rho=-0,155$; $p<0,001$; $n=547$), os utentes com instrução a nível primário são solteiros (41,7%) ou casados (41,7%), ao passo que os viúvos apresentaram todos ensino superior (0,2% da população total).

2.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RELATIVAMENTE ÀS PRÁTICAS SEXUAIS

Relativamente, ao **início da vida sexual**, foram encontrados resultados semelhantes, aos encontrados em estudos anteriores realizados por Reis e Gaspar da Matos (2008) e Ribeiro e Fernandes (2009).^(11; 140) Verificou-se que 75% dos utentes iniciaram a sua vida sexual com idade igual ou inferior aos 18 anos. Em média

iniciaram a vida sexual aos 16,85 anos. Contudo, alguns utentes iniciaram aos 9 anos de idade, ao passo que outros iniciaram aos 33 anos de idade.

Analisando as diferenças de idade da primeira relação entre os géneros, verifica-se, através do teste de *Levene*, que os homens apresentaram maior dispersão de idades do que as mulheres, rejeitando-se a hipótese de igualdade das variâncias (*valor de teste Levene* = 6,107; $p=0,014$; $n=452$), desta forma foi utilizado o teste *Mann-Whitney* (*valor de teste* = 27,190; $p=0,02$; $n=452$). Assim, verificou-se que a idade da primeira relação dos homens é significativamente diferente das mulheres, variando entre 26 dias a 1 ano, num intervalo de confiança de 95%. Assim, concluiu-se que as mulheres ($\mu=17,19$ anos) iniciam a sua actividade sexual mais tarde do que os homens ($\mu=16,66$) anos. Tais valores estão de acordo com o estudo HBSC 2005-2006 a nível europeu (2008) aplicado a jovens de 15 anos a nível europeu, onde os rapazes relatam mais frequentemente ter tido relações sexuais, comparativamente às raparigas, exceptuando em alguns pontos geográficos, como no norte da Europa, onde estas tendem a referir mais frequentemente ter iniciado a sua vida sexual.⁽¹⁵⁹⁾

Relativamente ao **número de parceiros sexuais**, verificou-se que a maioria da população (83,4%) concordou correctamente que o risco de contrair uma IST aumenta com cada novo parceiro sexual, havendo uma pequena percentagem que discordou (6,3%) ou não soube (10,3%) se aumenta ou diminui o risco.

Dos 503 utentes que responderam à questão relacionada com o número de parceiros sexuais neste momento, 90% referiu ter um ou nenhum parceiro sexual, sendo que 23,7% referiu não ter parceiro sexual, 68,99% referiu ter um parceiro, 3,78% referiu dois parceiros e 3,58% referiu ter mais de dois parceiros sexuais, havendo quem tivesse referido ter 50 parceiros neste momento (0,2%). Em média, os utentes referiram estar com o actual parceiro há 2,25 anos.

Quanto aos últimos seis meses, verificou-se que dos 483 utentes que responderam à questão, 75% da população teve três ou menos parceiros sexuais, variando entre os 0 e os 80 parceiros, com uma média de três parceiros sexuais, porém na sua maioria tiveram apenas um parceiro. Considerando o número de parceiros ao longo da vida, verificou-se que alguns utentes tiveram apenas um parceiro sexual, ao passo que outros tiveram um máximo de 1.000 parceiros sexuais, na sua maioria os utentes tendem a ter três parceiros.

Quando comparado o número de parceiros entre os géneros, verificou-se através do teste de *Levene* que não existem diferenças nas variâncias entre os dois grupos, relativamente ao número de parceiros sexuais no momento (*valor de teste Levene*=3,289; $p=0,070$; $n=502$). Contrariamente, encontraram-se variâncias estatisticamente significativas entre homens e mulheres face ao número de parceiros nos últimos seis meses (*valor de teste Levene*=20,325; $p<0,001$; $n=483$) e durante a vida (*valor de teste Levene*=13,593; $p<0,001$; $n=486$). Verificou-se assim, que os homens tendem a ter mais parceiros sexuais nos últimos seis meses ($\mu=3$ parceiros; $\sigma=7,165$ parceiros; $Me=2$ parceiros), como ao longo da vida ($\mu=24$ parceiros; $\sigma=72,95$ parceiros; $Me=10$ parceiros), comparativamente às mulheres, que em média tiveram 2 parceiros ($\sigma=1,13$ parceiros; $Me=1$ parceiros) e 7 parceiros ($\sigma=12,493$ parceiros; $Me=4$ parceiros), respectivamente. Apesar de em média as mulheres ($\mu=2,39$ anos), comparativamente aos homens ($\mu=2,17$ anos), permanecerem mais tempo com o actual parceiro, tal diferença é de dois meses e meio, aproximadamente, e não é estatisticamente significativa (*valor de teste Levene*= 0,331; $p=0,565$; $n=458$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, quando comparado o número de parceiros sexuais, face à idade, estado civil ou habilitações literárias. Contudo, como pode ser observado na tabela 4, a média de parceiros sexuais neste momento ou nos últimos seis meses, tendencialmente foi maior, em utentes mais novos. Contrariamente, utentes com idades entre os 30 e os 50 anos, apresentaram mais parceiros sexuais ao longo da vida, comparativamente aos utentes com idades inferiores aos 30 anos e superior aos 50 anos. Podendo justificar-se as diferenças, pela início da vida sexual dos mais novos há relativamente pouco tempo e pela diferença de épocas em que os utentes mais velhos e os com idades entre os 30 e os 50 anos viveram.

Tabela 4: Média do número de parceiros, face à idade

Idade	Média		
	N.º de parceiros neste momento	N.º parceiros nos últimos 6 meses	N.º parceiros na vida inteira
[18-30[	1,1	3,0	11,2
[30-40[	1,0	2,9	29,9
[40-50[	0,8	2,4	24,1
[50-60[	0,9	3,6	17,5
≥ 60	0,7	1,0	6,5

No que concerne às diferenças face às habilitações literárias, verificou-se que quanto maior o grau de habilitações literárias, maior tende a ser a média de parceiros sexuais. No que respeita ao estado civil, os solteiros tenderam a ter maior número de parceiros, relativamente aos casados ou em união de facto. As diferenças observadas relativamente às habilitações literárias poder-se-ão dever ao meio sócio-cultural inerente ao mundo académico. No que respeita ao estado civil pela sensação de falta de compromisso para com alguém.

Porém, quando verificado o número de parceiros sexuais face ao país de nascimento, observou-se, com recurso ao teste de *levене*, que as dispersões relativamente ao número de parceiros actualmente (*valor de teste levene*=7,426; $p<0,001$; $n=483$) ou nos últimos seis meses (*valor de teste levene*=2,615; $p<0,024$; $n=386$) são estatisticamente significativas para qualquer erro do tipo I. Em média, verificou-se que os utentes nascidos em países africanos tendem a ter mais 1,46 parceiros actualmente, que os nascidos em Portugal (sendo a única diferença estatisticamente significativa encontrada, para um intervalo de significância de 95%). A média de parceiros sexuais dos utentes nascidos em países africanos foi de 3,63, valor semelhante ao encontrado por Távora-Tavira [et. Al.] (2007) para o número de parceiros nos últimos seis meses, numa população africana.⁽¹⁶⁰⁾

Relativamente ao número de parceiros sexuais ao longo da vida, e com recurso ao teste *Kruskall-wallis* ($T=6,430$ $p=0,035$) como alternativa ao teste ANOVA, verifica-se que determinados grupos de utentes, apresentaram um número de parceiros ao longo da vida significativamente superior aos outros grupos. Em média, verificou-se que os utentes nascidos nos "restantes países" tendem a ter um maior número de parceiros sexuais ($\mu=25,86$ parceiros), relativamente aos utentes nascidos "noutros países tropicais" ($\mu=19,14$ parceiros), "Portugal" ($\mu=17,78$ parceiros) "outros países europeus" ($\mu=15,81$ parceiros), países africanos ($\mu=12,19$ parceiros) ou países de leste ($\mu=2,75$ parceiros).

No que respeita à **orientação sexual**, verificou-se que dos 464 utentes que responderam à pergunta, 67,9% (315/464) disseram ser heterossexuais, 24,4% (113/464) referiram ter relações sexuais com pessoas do mesmo género e 7,8% (36/464) afirmaram ter relações sexuais com pessoas de ambos os géneros.

Ao analisar a idade da primeira relação sexual, o número de parceiros sexuais e o tempo com o actual parceiro, face à orientação sexual dos utentes, verificou-se que as dispersões observadas, relativamente à idade da primeira relação sexual, como para o número de parceiros sexuais (agora, nos últimos seis meses ou ao longo da vida), são estatisticamente significativos (tabela 5). O mesmo não se verificou, quando analisado o tempo com o actual parceiro sexual ($p=0,481$).

Tabela 5: *valor de teste de levene* da orientação sexual, relativamente à idade da primeira relação sexual e o número de parceiros sexuais

	Teste de <i>levene</i>		N
	<i>p</i>	F	
Idade da primeira relação sexual	0,001	6,923	451
N.º de parceiros actualmente	0,000	20,354	479
N.º de parceiros nos últimos seis meses	0,000	19,650	383
N.º de parceiros ao longo da vida	0,000	19,020	383

No que respeita à idade da primeira relação sexual relativamente à orientação sexual, observou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas através do teste *Kruskall-Wallis* ($p=0,610$), permitindo concluir através da aceitação da hipótese nula, que apesar das variâncias existentes, a idade média da primeira relação sexual é semelhante entre os utentes que têm sexo com pessoas do mesmo género ($\mu=16,77$ anos de idade), género diferente ($\mu=16,84$ anos de idade) ou com pessoas de ambos os géneros ($\mu=17,17$ anos de idade).

Verificou-se ainda, que a orientação sexual e o estado civil estão relacionados estatisticamente ($p<0,001$), contudo é uma associação linear muito baixa ($\rho=-0,101$). Note-se que a maioria dos utentes solteiros (63,5%), em união de facto (82,8%), casados (87,2%) e divorciados (81,1%) referem ser heterossexuais. Dos utentes que referem manter relações sexuais com pessoas do mesmo género ou com pessoas de ambos os géneros, a maioria, 92,5% e 76,3%, referiu ser solteira. Todos os viúvos referiram ter relações com pessoas de ambos os géneros.

No que concerne à orientação sexual, relativamente ao país de nascimento, por rejeição da hipótese nula ($p=0,006$), concluiu-se que existe associação entre as variáveis, sendo contudo uma associação linear muito baixa ($\rho=0,027$). É de referir

que da população de utentes que mencionaram ter relações sexuais com pessoas do mesmo género, a maioria é português ou nascida num país tropical excepto África.

Analisando a orientação sexual, face ao número de parceiros sexuais, verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas, permitindo rejeitar a hipótese, concluindo-se que um grupo de utentes apresentou um valor médio de parceiros significativamente inferior aos outros.

Através da análise das diferenças de médias pelo teste HSD de Tukey, observou-se que os utentes que têm relações com pessoas de ambos os géneros ($\mu=2,19$) apresentaram um número médio de parceiros (actualmente), superior aos utentes que têm relações com pessoas do mesmo género ($\mu=0,93$) ou de géneros diferentes ($\mu=0,90$). Ao passo, que os utentes que têm relações com pessoas de géneros diferentes apresentaram um menor número de parceiros, quer actualmente, como nos últimos seis meses ou ao longo da vida ($\mu=2,03$ e $\mu=10,01$, respectivamente), relativamente aos utentes que têm relações com pessoas do mesmo género ($\mu=4,90$ e $\mu=38,88$) ou ambos os géneros ($\mu=4,86$ e $19,88$).

Verificou-se ainda que o número de parceiros sexuais no momento é explicado 2,1% pela orientação sexual e os restantes por outros factores. Da mesma forma, que o número de parceiros nos últimos seis meses e ao longo da vida é explicado 6,3% e 4,7%, respectivamente, pela orientação sexual e os restantes por outros factores.

Face às **práticas sexuais adoptadas**, verificou-se que a maioria da população referiu já ter praticado sexo oral (96,5%), sexo vaginal (86,6%) e sexo anal (74%). Sendo a prática vaginal ($\chi^2=33,814$; $p<0,001$; $n=536$) ou anal ($\chi^2=18,797$; $p<0,001$; $n=533$), estatisticamente relacionada com o género do utente. Uma grande parte dos homens refere práticas de sexo anal (80,4%), relativamente a uma percentagem menor de mulheres (64,4%). Contrariamente, ao sexo vaginal, são as mulheres que na sua maioria o referiu (97,5%), face aos homens (79,9%). Estas disparidades podem ser explicadas pelas diferenças entre os géneros relativamente à orientação sexual, pois uma percentagem significativas de homens referiu ter relações com homens (36%). Contrariamente às mulheres, que na sua maioria referiram apenas relações sexuais com homens (88,1%), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=63,112$; $p<0,001$; $n=534$), observando um grau de associação linear moderado ($\rho=-0,318$).

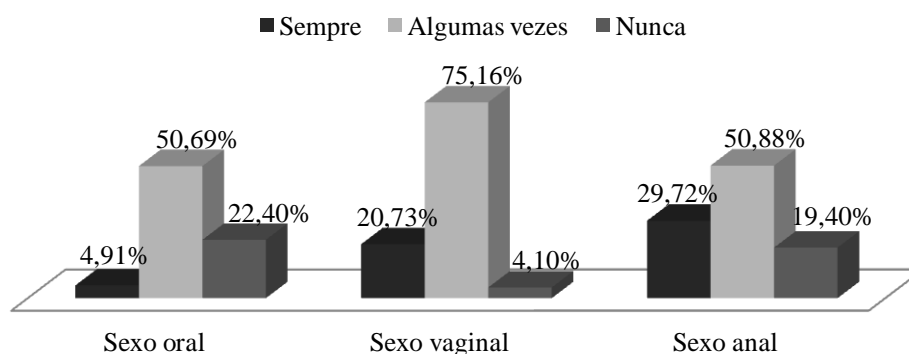
Quando considerado o estado civil, relativamente às práticas sexuais adoptadas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na prática de sexo vaginal ($\chi^2=20,013$; $p<0,001$; $n=533$). Todos os utentes casados, divorciados ou viúvos referiram ter tido práticas sexuais vaginais, sendo os utentes solteiros, o maior grupo que referiu não ter tido relações sexuais (13,3%), podendo esta associação dever-se também à orientação sexual.

Relativamente ao país de nascimento e à profissão desempenhada pelos utentes face à prática sexual adoptada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na prática de sexo anal ($\chi^2=19,901$; $p<0,001$; $n=534$ e $\chi^2=27,708$; $p=0,004$; $n=512$, respectivamente). Por rejeição da hipótese nula, verificou-se a existência de associação entre as variáveis, contudo é uma associação linear muito fraca ($\phi=-0,049$ e $\rho=-0,177$, respectivamente). Observou-se que a maioria dos portugueses (74,4%), dos utentes pertencentes à categoria “outro país tropical” (85,5%) e aos utentes pertencentes à categoria “restantes países” (85,7%) referiram ter praticado sexo anal. Contrariamente aos utentes que nasceram em países de leste, que na sua maioria (71,4%) mencionou nunca o ter praticado. Qualquer uma das classes profissionais, na sua maioria referiu ter praticado sexo anal, exceptuando os estudantes (39,8%) e os reformados (50%), que referiu não o fazer.

Face às habilitações literárias, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das práticas sexuais, quer oral ($\chi^2=7,545$; $p=0,110$; $n=532$), vaginal ($\chi^2=8,837$; $p=0,065$; $n=534$) ou anal ($\chi^2=0,393$; $p=0,983$; $n=531$). Por rejeição da hipótese nula, concluiu-se que as referidas variáveis são independentes, não existindo relação estatística entre o nível de ensino sobre as práticas sexuais adoptadas.

Relativamente ao **uso de preservativo**, verificou-se que, apesar da maioria (89,7%) dos utentes concordar que o preservativo deverá ser utilizado em todas as práticas sexuais (oral, vaginal, anal) com risco de transmissão e 90,4% concordar que é o método mais seguro para prevenir ISTs, houve um uso inconsistente do preservativo. Como pode ser observado no gráfico 4, a maioria da população referiu utilizar o preservativo algumas vezes. Contudo e em particular na prática de sexo oral e anal pôde-se verificar que o uso de preservativo diminuiu, onde 22,4% e 19,4% dos utentes, respectivamente, referiram nunca ter utilizado preservativo.

Gráfico 4: uso do preservativo nas várias práticas sexuais



Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, quando analisado o uso do preservativo na prática de sexo oral, face ao género ($\chi^2=10,587$; $p=0,014$; $n=534$) e à orientação sexual ($\chi^2=15,67$; $p=0,016$; $n=529$), contudo são associações lineares fracas, $\rho=-0,106$ e $\rho=0,077$, respectivamente. No que respeita ao uso de preservativo na prática de sexo oral, verificou-se que a maioria das mulheres (48,5%) nunca utiliza preservativo, ao passo que a maioria dos homens (53,6%) referiu utilizar preservativo algumas vezes. No que respeita à orientação sexual, pôde-se constatar que os utentes que têm sexo com pessoas de ambos os géneros referiram com maior frequência a utilização de preservativo algumas vezes.

Verificou-se ainda diferenças estatisticamente significativas quer no uso de preservativo na prática de sexo vaginal ou anal, relativamente ao género ($\chi^2=50,401$; $p<0,001$; $n=525$ e $\chi^2=48,824$; $p<0,001$; $n=530$, respectivamente) e à preferência sexual ($\chi^2=211,264$; $p=0,004$; $n=521$ e $\chi^2=92,233$; $p<0,001$; $n=527$, respectivamente). É de referir que a maioria das mulheres mencionou que utiliza preservativo algumas vezes (84,1%) e uma pequena percentagem (1%) referiu nunca o utilizar na prática de sexo vaginal. Contrariamente, aos homens, uma maior percentagem de mulheres (5,2%) referiu nunca utilizar preservativo e 55,2% referiu utilizar algumas vezes.

A eficácia do preservativo como método preventivo na transmissão de infeções, é o principal motivo apontado pelos utentes (tabela 6), para terem usado em qualquer prática sexual, sendo seguido da higiene. Como principal motivo para o desuso, os utentes apontaram não gostar de usar. Observou-se ainda que uma parte significativa dos utentes referiu não ter usado preservativo na prática de sexo oral (3,9%), vaginal

(4,6%) ou anal (6,4%), justificando com o consumo álcool ou drogas. É ainda de mencionar que da população que referiu ter utilizado sempre preservativo no sexo vaginal, a maioria (50,4%) referiu fazê-lo por motivos de prevenção contra ISTs, seguindo-se da prevenção de gravidez indesejada (37,4%).

Tabela 6: motivo de uso ou desuso de preservativo nas várias práticas sexuais

		Sexo oral	Sexo vaginal	Sexo anal
Motivo de uso	Gravidez	0,0%	41,2%	0,0%
	Transmissão de doenças	78,4%	48,2%	72,4%
	Higiene	20,1%	9,8%	27,3%
	Presença de sintomas	0,3%	0,8%	0,3%
	Imposição do parceiro	0,6%	0,0%	0,0%
	Parceiros múltiplos e ocasionais	0,6%	0,0%	0,0%
Motivo de desuso	Não gostar	36,8%	30,6%	26,3%
	O parceiro não gosta	8,0%	12,8%	10,2%
	Preservativos são caros	0,8%	1,1%	1,5%
	Certeza que o parceiro não está infectado	15,0%	23,1%	22,9%
	Não se lembrou	12,7%	10,4%	14,5%
	Não tinha no momento	10,5%	12,6%	14,5%
	Consumo de álcool ou drogas	3,9%	4,6%	6,4%
	Relação estável	1,4%	2,5%	2,0%
	Não há necessidade	2,0%	1,4%	0,0%
	Por irresponsabilidade	2,0%	0,8%	0,8%
	Não gosta do sabor	0,8%	0,0%	0,0%
	Antecede sexo vaginal	0,2%	0,0%	0,0%
	Curiosidade e fantasia	0,6%	0,0%	0,0%
	Desconhece preservativo feminino	1,0%	0,0%	0,0%
	Falta de informação	1,9%	0,0%	0,0%
	Imposição do parceiro	0,4%	0,0%	0,0%
	Retira o prazer	0,8%	0,0%	0,0%
	Risco baixo de transmissão de HIV	0,4%	0,0%	0,0%
	Tempo de colocação	0,4%	0,0%	0,0%
	Manter a erecção	0,8%	0,0%	0,0%

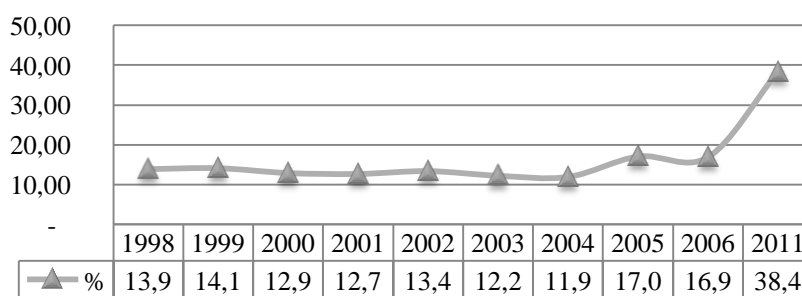
Quando verificado o uso de preservativo nas várias práticas sexuais, relativamente à profissão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas no uso de preservativo durante a prática de sexo anal ($\chi^2=54,907$; $p=0,010$; $n=510$), apesar de ser uma associação linear muito baixa ($\rho=0,010$). Observou-se que todos os utentes que referiram utilizar sempre preservativo, a maioria ocupa a categoria profissional “pessoal administrativo e similar” ou “profissionais do sexo”, 42,1% e 60%, respectivamente. Ao passo, que 38,6% dos estudantes e 40% dos reformados referiu nunca ter usado preservativo na prática de sexo anal. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável profissão e o uso de

preservativo na prática de sexo oral ($\chi^2=39,522$; $p=0,202$; $n=513$) e vaginal ($\chi^2=37,544$; $p=0,269$; $n=505$).

Quando verificado o uso de preservativo, relativamente ao país de nascimento do utente, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na prática de sexo anal ($\chi^2=51,161$; $p<0,001$; $n=531$), apesar de ser uma associação linear muito baixa ($\phi=-0,053$). Observou-se que dos utentes que referiram praticar sexo anal, a maioria dos utentes africanos (58,7%) e nascidos nos restantes países (50%) referiu utilizar sempre preservativo. Ao passo que a população de países de Leste referiu nunca o ter utilizado na prática de sexo anal. Os utentes portugueses, na sua maioria, referiu ter utilizado preservativo algumas vezes.

No que concerne à **presença de ISTs**, verificou-se 13,5% (75/556) dos utentes não entregaram o cartão de diagnóstico à médica assistente, perdendo-se informação. Dos que responderam à questão 53,4% não está infectado. Dos 33,1% utentes que estão infectados (331 casos de ISTs por cada 1000 utentes), 67,93% são homens e 32,07% são mulheres, contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,813$; $p=0,094$; $n=479$). Comparativamente ao documentado por Santos, Azevedo e Cardoso (2007) de 1993-2006, verificou-se um aumento da presença de infecção na população de utentes estudada em 2011, como pode ser observado no gráfico 5.

Gráfico 5: evolução das ISTs de 1998 a 2011



No que concerne à idade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 95% (*valor de teste levene*= 0,289; $p=0,593$; $n=478$), aceitando-se a hipótese da igualdade das variâncias através do teste de *levene*. Com recurso ao teste *t* ($t=0,594$; $p=0,553$; $n=478$), pode-se concluir que não existem diferenças da média de idades entre quem está ou não infectado.

Relativamente às habilitações literárias, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem está e quem não está infectado no que respeita às habilitações literárias do utente ($\chi^2 = 8,215$, $p=0,084$; $n=477$), concluindo-se que o nível de escolaridade não se relaciona com a presença ou ausência de ISTs. Contudo é de referir, que foram os utentes com o 5º e 6º ano que apresentaram maior prevalência de infecção (500 casos por cada 1.000 utentes com o 5º e 6º ano), seguido dos utentes com o ensino secundário (447 casos por cada 1.000 utentes com o ensino secundário).

O mesmo não acontece quando verificada a existência de divergências entre a prevalência de ISTs face à profissão que o utente exerce actualmente. Através do teste qui-quadrado observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, profissão e presença ou ausência de ISTs ($\chi^2 = 20,538$, $p=0,038$; $n=459$), contudo é uma associação linear baixa ($\rho=0,228$). Verificou-se que do total de utentes infectados, foram os estudantes (23,5%) e o pessoal de serviço e vendedores (22,4%) que maior percentagem de infecção apresentou. No entanto, é de notar que a maioria dos utentes desempregados, 61,3%, está infectada com pelo menos uma IST.

Face ao país de nascimento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem é portador de uma infecção e quem não o é ($\chi^2=4,850$, $p=0,434$; $n=479$). É de referir que foram os utentes portugueses com maior percentagem de infecção 69% (127/184), seguido dos utentes nascidos num outro país tropical 16,8% (31/184), seguido dos utentes africanos 8,7% (16/184). Nenhum dos utentes inquiridos nascido num país de leste é portador de uma IST. Da população africana, verificou-se que 40% está infectado, sendo um valor muito superior ao encontrado por Távora-Tavira [et. Al.] (2007), onde 16,4% da população africana estava infectada.⁽¹⁶⁰⁾

Dos indivíduos que estão infectados, verificou-se que na sua maioria são heterossexuais (65,7%). Dos restantes, 28% são pessoas que têm sexo com pessoas do mesmo género e 6,3% são pessoas que têm relações sexuais com pessoas de ambos os géneros. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, entre quem está ou não infectado, face à orientação sexual ($\chi^2=2,515$; $p=0,284$; $n=464$).

Relativamente à idade da primeira relação sexual, não se verificaram alterações na variância para qualquer erro tipo I ($p=0,441$), aplicando posteriormente o teste *t*, ao qual não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t = -0,353$; $p=0,724$;

n=401). Assim, pôde-se concluir que tanto os utentes infectados ($\mu=16,9$ anos), como os utentes não infectados ($\mu=16,8$ anos) apresentam uma média de idade da primeira relação sexual idêntica.

No que concerne ao uso de preservativo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não infectado, quer na prática de sexo oral ($p=0,283$), sexo vaginal ($p=0,373$) ou no sexo anal ($p=0,311$). Contudo é de referir, que dos utentes que estão infectados, apenas 6,8% praticou sexo oral, 19,7% praticou sexo vaginal e 23,8% praticou sexo anal, referindo ter usado sempre preservativo. Os utentes que referiram nunca usar preservativo na prática de sexo vaginal, a maioria (52,9%) está infectado com uma IST.

Verificou-se que dos 36,2% dos utentes que referiram antecedentes de ISTs, 39,8% está infectado com uma IST. Ao passo que dos 63,8% que negaram antecedentes, 38,4% está infectado. Contudo, não existiram diferenças estatisticamente significativas, ($\chi^2=0,081$; $p=0,776$; $n=445$), para um nível de significância de 95%.

Quando analisado a presença de ISTs relativamente à prática sexual adoptada e ao uso de preservativo, verificou-se que existia diferenças estatisticamente significativas apenas para a prática de sexo anal ($\chi^2=5,498$; $p=0,019$; $n=466$). Para as restantes variáveis (prática de sexo oral ($\chi^2=0,505$; $p=0,477$; $n=465$), prática de sexo vaginal ($\chi^2=0,517$; $p=0,472$; $n=467$), uso de preservativo no sexo oral ($\chi^2=3,806$; $p=0,283$; $n=466$), uso de preservativo no sexo vaginal ($\chi^2=3,120$; $p=0,373$; $n=457$) e uso de preservativo no sexo anal ($\chi^2=3,573$; $p=0,311$; $n=463$) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, para um nível de confiança de 95%, aceitando-se a hipótese nula.

Com apoio do teste qui-quadrado para avaliação da dependência entre as variáveis e do *odds ratio* para avaliação do risco, verificou-se que a prática de sexo anal e a presença de ISTs são dependentes ($\chi^2=5,498$; $p=0,019$; $n=466$), apesar de ser uma associação linear muito baixa ($\phi=0,109$). Assim, pode-se concluir que o utente que pratica sexo anal tem cerca de 1,711 vezes mais probabilidade de ser infectado com uma IST, do que o utente que o não pratique, sendo tais diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente às diferenças entre quem está ou não infectado, no que respeita ao número de parceiros sexuais e ao tempo de relacionamento com o parceiro actual,

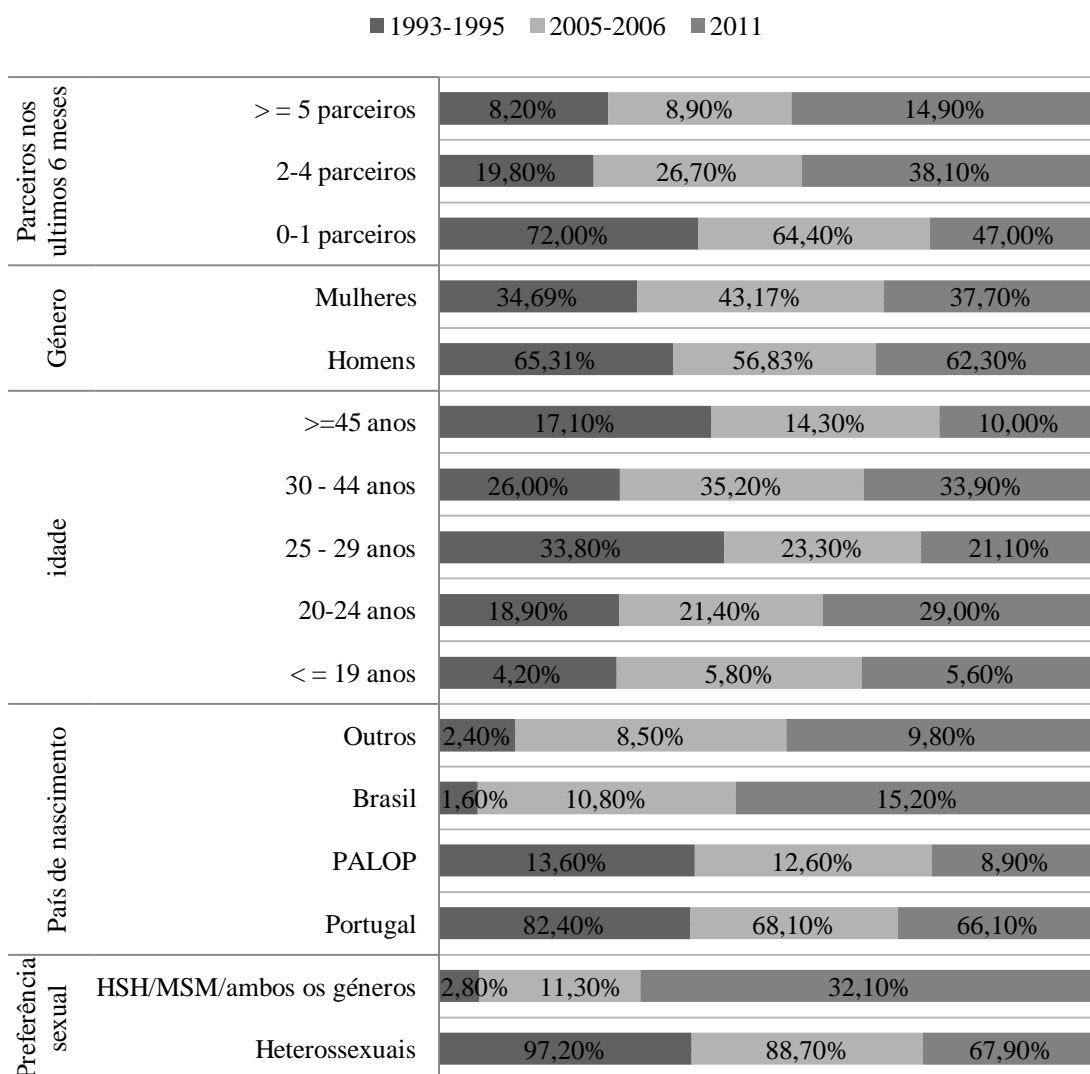
verificou-se através do nível de significância do teste de *levene*, que existe igualdade das variâncias relativamente ao número de parceiros sexuais neste momento (*valor de teste levene*=0,880; $p=0,349$; $n=438$), nos últimos seis meses (*valor de teste levene*=3,247; $p=0,072$; $n=424$) e ao longo da vida (*valor de teste levene*=3,720; $p=0,055$; $n=338$). Com recurso ao teste *t*, foi verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem está ou não infectado, relativamente ao número de parceiros nos períodos referidos ($t=1,260$; $p=0,208$; $n=438$; $t=-1,082$; $p=0,280$; $n=424$ e $t=-1,010$; $p=0,313$; $n=338$, respectivamente). Contudo, é de referir que os números médios de parceiros nos últimos seis meses ($\mu=3,3$ parceiros) e ao longo da vida ($\mu=22,58$ parceiros) em utentes infectados, tenderam a ser superior comparativamente aos utentes que não estão infectados, $\mu=2,73$ parceiros e $\mu=15,74$ parceiros, respectivamente.

No que respeita ao tempo de relacionamento com o actual parceiro, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas. Por não ser garantida a homogeneidade da variância (*valor de teste de levene* =0,002), foi utilizado o teste *Mann-Whitney* (*valor teste*=15,951; $p=0,016$; $n=399$), concluindo-se, por rejeição da hipótese nula, que os utentes não infectados ($\mu=2,74$ anos) têm um relacionamento mais duradouro, comparativamente aos infectados ($\mu=1,65$ anos), diferindo em média de um ano aproximadamente. Assim, e de acordo com o documentado pela OMS (2007), também neste trabalho foi verificado que a prática de sexo anal e relações menos duradoiras são factores de risco para adquirir uma IST.⁽¹³⁾

No que respeita às **características populacionais da consulta**, e face ao que foi documentado neste capítulo, verificou-se que as características sócio-económicas e práticas sexuais, mantiveram-se semelhantes, conforme os dados existentes acerca da consulta.⁽⁷⁴⁾ Assim, verificou-se que a população que recorreu à consulta é maioritariamente jovem, do género masculino e com escolaridade superior ao ensino secundário e nascida em Portugal, seguido do Brasil. No que concerne à orientação sexual, verificou-se uma diminuição de utentes que referiram práticas com pessoas de géneros diferentes, e um aumento dos utentes que referiram práticas com pessoas do mesmo género ou ambos os géneros. Notou-se também um aumento do número de parceiros sexuais nos últimos seis meses. 41,8% da população referiu não ter nenhum ou ter apenas um parceiro, 33,2% referiu ter dois a quatro parceiros e 25% referiu ter

mais de 5 parceiros, comparativamente aos dados de 2006 que refere 64,4%; 26,7% e 8,9%, respectivamente, como se pode ver no gráfico 6.

Gráfico 6: Evolução da população de utentes que recorrem à consulta nos períodos de 1993-1995; 2005-2006 e 2011



No que respeita às características da população em geral, relativamente às características populacionais dos utentes que recorreram à consulta e entraram no estudo, verificou-se que estes últimos foram consideravelmente mais jovens, do género masculino, com maior número de indivíduos solteiros e com habilitações literárias superiores ao ensino secundário, inclusive, sendo os homens o género mais literato.

Segundo os dados publicados nos Censos de 2011, verificou-se uma proporção de 92 homens por cada 100 mulheres. 10,8% e 55,1% da população tinham idades entre os 15-24 anos e entre os 25-64 anos, respectivamente. 47% da população era casada e 40% solteira. Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que apenas 12% da população tinha o ensino superior e 13% tinha o ensino secundário, sendo as mulheres o género predominante. Do total da população com o ensino superior ou com ensino secundário, 61% e 52%, respectivamente, são mulheres.⁽¹⁶¹⁾

Comparativamente ao estudo actual, observou-se que a maioria (77%) da população é solteira e por cada 100 mulheres, recorreram à consulta 165 homens. Relativamente à idade, observou-se que 34,4% apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos e 64,2% entre os 24 e os 64 anos de idade. Por último, verificou-se que a maioria da população tinha o ensino secundário (43,5%) ou superior (40,2%), sendo os homens o género predominante (63,8% e 60,7%, respectivamente).

2.4. UTILIZAÇÃO DE CONSULTA E CONHECIMENTOS SOBRE IST

Dos utentes inquiridos, 50,8% já recorreram a **outras consultas** anteriormente, sendo que 33,2% são homens e 17,7% são mulheres. O tempo entre a procura da última consulta e a actual, variou entre 1 dia a 15 anos, com uma média de 14,5 meses, a maior parte da população recorreu novamente à consulta entre 1 aos 6 meses ($\sigma=23,04$ meses; $Q25=1$ mês; $Q75=15$ meses; $Me=6$ meses).

Dos utentes inquiridos, 35,1% recorreu actualmente à consulta por presença de sintomas, 27,3% recorreu por ter sido aconselhado e 21,2% por ter medo de ser portador de uma IST, ao passo que 16,4% referiu recorrer à consulta por ter sido contactado previamente pelo médico, por rotina ou por ter sido diagnosticado uma IST ao parceiro.

Considerando a **fonte de conhecimento sobre a existência da consulta**, verificou-se que 41,3% da população teve conhecimento através do médico e do enfermeiro, seguindo-se dos amigos (39,6%) e internet (10,7%). Uma pequena percentagem (8,7%) soube da existência da consulta através do parceiro, família, escola, panfletos, linha de apoio à sexualidade, instrução militar, centro de saúde e CAD.

Dos 549 utentes que responderam à pergunta relativa ao **meio de obtenção de conhecimentos sobre ISTs**, 33,8% definiu o médico e o enfermeiro como principal

fonte de conhecimento, 30% definiu os amigos e 22,7% a internet. Uma pequena percentagem definiu como outras fontes de conhecimento, a escola (9,9%), os livros (2,2%), o parceiro sexual (1%) e o CAD (0,4%). Contudo, 70,2% referiu que gosta de falar de ISTs com amigos e 80,1% referiu concordar que não seria embaraçoso discutir com o parceiro o tema das ISTs.

A maioria da população (91,9%) acredita que **todas as pessoas podem adquirir uma IST**, contudo uma pequena percentagem não concordou (3,6%) ou não soube responder (4,2%). Como pode ser observado na tabela 7, verifica-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a resposta dada à afirmação, *todas as pessoas podem “apanhar” uma IST*, e o género ($\chi^2=1,589$; $p=0,452$; $n=552$), a orientação sexual ($\chi^2=1,551$; $p=0,817$; $n=534$), país de nascimento ($\chi^2=24,663$; $p=0,006$; $n=552$) e a profissão ($\chi^2=32,834$; $p=0,064$; $n=531$), assumindo desta forma que as respostas dadas possivelmente não estão dependentes das variáveis referidas. Porém, o mesmo não se verificou com as variáveis idade ($\chi^2=201,837$; $p<0,001$; $n=550$) e habilitações literárias ($\chi^2=18,455$; $p=0,018$; $n=550$).

Tabela 7: Relação entre a variável *todas as pessoas podem “apanhar” uma IST*, e os dados sócio-demográficos e a orientação sexual

	χ^2	p	n
Idade	201,837	0,00	550
Género	1,589	0,452	552
Orientação sexual	1,511	0,817	534
Habilitações literárias	18,455	0,018	550
País de nascimento	24,663	0,06	552
Profissão	32,834	0,064	531

Estas apresentaram diferenças estatisticamente significativas, mostrando existir associação entre as variáveis, por rejeição da hipótese nula. Contudo, verificou-se uma associação linear muito baixa e inversamente associada ($\rho = -0,068$ e $\rho = -0,014$, respectivamente). Sendo os utentes mais novos (18 aos 30 anos) e com o ensino secundário, que referiu discordar com a afirmação (1,4%; 1,8%, respectivamente) ou não saber responder (1,8%; 2,4%, respectivamente).

Analisando os **conhecimentos sobre os meios de transmissão das ISTs**, verificou-se que os utentes apresentaram alguma indecisão. No que concerne ao meio de transmissão através de objectos e pele, a maioria dos utentes consideraram, correctamente, discordar com a afirmação. Porém, no que respeita à transmissão através do contacto com os genitais, transmissão sem relações sexuais ou transmissão materno fetal, a maioria dos utentes concordou correctamente, como pode ser observado na tabela 8.

Tabela 8: Respostas às perguntas acerca dos meios de transmissão

		Concordam	Discordam	Não sabem Responder
Meios de transmissão	Contacto com objectos	9,2%	76,2%	14,6%
	Contacto com a pele	13,2%	66,5%	20,4%
	Contacto com os genitais	88,8%	4%	7,2%
	Transmissão sem relações	33%	45,9%	21,1%
	Materno-fetal durante o parto	70,9%	2,3%	26,7%

Valores a negrito serão a resposta correcta

Utilizando o teste qui-quadrado para avaliar a associação entre as respostas dadas às perguntas acerca dos meios de transmissão e a idade, género, orientação sexual, estado civil, habilitações literárias, país de nascimento e profissões, verificou-se que apenas existiram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis habilitações literárias e os diversos meios de transmissão, exceptuando no contacto com os genitais ($\chi^2=19,823$; $p=0,011$; $n=550$), bem como entre as variáveis profissão e contacto com a pele ($\chi^2=50,909$; $p<0,001$; $n=532$), como pode ser observado na tabela 9.

Apesar de ter sido observado associação entre a variável habilitações literárias e os vários meios de transmissão (excepto a transmissão por contacto com os genitais), verificou-se que é uma associação linear baixa e inversamente relacionada. No que respeita às habilitações literárias face ao meio de transmissão por contacto com os objectos, observou-se que os utentes com habilitações a nível do ensino secundário apresentaram em maior percentagem (6%) que não souberam responder ou discordaram com a afirmação (4,9%). No que concerne à transmissão materno-fetal foram os indivíduos com graus de ensino superior que mais frequentemente (0,9%) referiram

discordar com este meio de transmissão. Contudo, é de referir que a maioria dos utentes com escolaridade entre o 5º e o 6º ano referiram “não saber” responder à pergunta, 1,3% (7/11).

Tabela 9: Valores do teste qui-quadrado face aos meios de transmissão, respectivamente aos dados sócio-demográficos e orientação sexual

	Meios de transmissão				
	Contacto com objectos	Contacto com a pele	Contacto com os genitais	Transmissão sem relações	Materno-fetal
Idade	$\chi^2 = 5,283$ $p = 0,727$ $n = 554$	$\chi^2 = 9,116$ $p = 0,333$ $n = 555$	$\chi^2 = 11,240$ $p = 0,188$ $n = 554$	$\chi^2 = 2,222$ $p = 0,973$ $n = 555$	$\chi^2 = 3,912$ $p = 0,865$ $n = 554$
Género	$\chi^2 = 4,045$ $p = 0,132$ $n = 552$	$\chi^2 = 4,909$ $p = 0,089$ $n = 553$	$\chi^2 = 0,444$ $p = 0,801$ $n = 552$	$\chi^2 = 1,589$ $p = 0,452$ $n = 553$	$\chi^2 = 3,413$ $p = 0,181$ $n = 552$
Orientação sexual	$\chi^2 = 5,956$ $p = 0,202$ $n = 533$	$\chi^2 = 9,387$ $p = 0,052$ $n = 534$	$\chi^2 = 8,148$ $p = 0,086$ $n = 533$	$\chi^2 = 7,868$ $p = 0,097$ $n = 534$	$\chi^2 = 5,404$ $p = 0,248$ $n = 533$
Estado civil	$\chi^2 = 6,343$ $p = 0,609$ $n = 549$	$\chi^2 = 7,834$ $p = 0,450$ $n = 550$	$\chi^2 = 6,20$ $p = 0,625$ $n = 549$	$\chi^2 = 20,018$ $p = 0,010^{d)}$ $n = 550$	$\chi^2 = 3,909$ $p = 0,865$ $n = 549$
Habilitações literárias	$\chi^2 = 27,585$ $p = 0,001^{a)}$ $n = 550$	$\chi^2 = 32,599$ $p < 0,001^{b)}$ $n = 532$	$\chi^2 = 32,221$ $p = 0,074$ $n = 550$	$\chi^2 = 23,790$ $p = 0,002^{e)}$ $n = 551$	$\chi^2 = 28,961$ $p < 0,001^{f)}$ $n = 550$
País de nascimento	$\chi^2 = 5,115$ $p = 0,883$ $n = 552$	$\chi^2 = 9,293$ $p = 0,505$ $n = 553$	$\chi^2 = 17,060$ $p = 0,073$ $n = 552$	$\chi^2 = 16,619$ $p = 0,083$ $n = 553$	$\chi^2 = 13,826$ $p = 0,181$ $n = 552$
Profissões	$\chi^2 = 26,105$ $p = 0,247$ $n = 531$	$\chi^2 = 50,909$ $p < 0,001^{c)}$ $n = 532$	$\chi^2 = 3,427$ $p = 0,905$ $n = 531$	$\chi^2 = 32,678$ $p = 0,067$ $n = 532$	$\chi^2 = 31,058$ $p = 0,095$ $n = 531$

a) rho = -0,068; b) rho = -0,171; c) rho = 0,056; d) rho = 0,086; e) rho = -0,145; f) rho = -0,131;

Como referido anteriormente, algumas ISTs não se transmitem exclusivamente por contacto sexual, como no caso do VIH, hepatites ou VHC. ^(9; 41; 89; 114) Porém, uma pequena percentagem, 32,7%, concordou (correctamente) que **as ISTs podem adquirir-se mesmo sem ter relações sexuais**. Verificando-se diferenças estatisticamente significativas através do teste de qui-quadrado, quando verificado a sua associação com a variável estado civil ($\chi^2=20,018$; $p=0,010$; $n=550$) e habilitações literárias ($\chi^2=23,790$; $p=0,002$; $n=551$), contudo são associações lineares fracas.

No caso das habilitações literárias (rho=-0,150), contrariamente à variável estado civil (rho=0,080), verificou-se uma associação linear inversa. Sendo os utentes

divorciados (48%) que mais concordaram que algumas ISTs se transmitem para além do contacto sexual e os casados (81,6%) que mais referiram não saber responder à questão ou que discordaram com a mesma. Observou-se ainda que, quanto maior o grau de instrução, maior é o número de utentes que referiram discordar, incorrectamente, concluindo-se que os indivíduos mais letrados tendem a concordar que algumas ISTs se transmitem exclusivamente por via sexual, ou não sabem que estas podem-se transmitir por outros meios. Podemos também pensar que os menos letrados responderam mais frequentemente correctamente a esta questão por resposta ao acaso ou por considerarem estranha a questão o que os induziria a responder dessa forma.

Respectivamente, ao **reconhecimento dos sinais e sintomas** foi verificado que a maioria dos utentes reconheceu a presença de vesículas ou feridas (75,6%), disúria (67,8%) e corrimento (77%), como sendo sinais e sintomas de ISTs, como pode ser verificado na tabela 10.

Tabela 10: Distribuição da população face à concordância das afirmações acerca dos sintomas

Nº da Afirmação	Afirmação	Concordam	Discordam	Não sabem Responder
3	Bolhas/borbulhas ou feridas nos genitais podem significar uma ISTs.	3,8%	75,7%	20,5%
14	Ardor enquanto urina pode indicar uma IST.	5,9%	67,9%	26,1%
18	Deitar pus pelo pénis pode significar uma IST.	1,6%	77,1%	21,3%

Valores a negrito representam as respostas correctas

Quando analisado a existência de associação entre a resposta à afirmação três e os dados sócio-demográficos, pôde-se constatar que existiam diferenças estatisticamente significativas, relativamente às variáveis estado civil ($\chi^2=32,651$; $p<0,001$; $n=547$), profissão ($\chi^2=43,082$; $p=0,005$; $n=529$) e habilitações literárias ($\chi^2=39,879$; $p<0,001$; $n=548$). Contudo, são associações lineares fracas.

Observando o estado civil, verificou-se um índice de associação linear fraco e positivo, $\phi=0,244$, concluindo-se que são os utentes solteiros (83,7%) que mais discordaram, incorrectamente, que bolhas/borbulhas ou feridas podem significar uma IST. Relativamente à profissão verificou-se também um índice de associação baixo,

observando-se que a classe dos “operários, artífices e trabalhos similares” e “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem” apresentaram a maior percentagem de respostas incorrectas, referindo não saber ou discordar com a afirmação, 57% e 56,3% respectivamente.

No que respeita às habilitações literárias verificou-se uma associação linear negativa, concluindo-se que os utentes com ensino secundário que mais discordaram incorrectamente com a afirmação. A maioria dos utentes com o 5º e o 6º ano não souberam responder à afirmação. 84,1% dos utentes com graus de ensino superior (bacharelato a doutoramento) referiram concordar correctamente, correspondendo a 44,6 % de toda a população que concordou, que a presença destes sintomas podem significar uma IST.

É ainda de referir que a maioria (57,1%) dos utentes com mais de 60 anos de idade não soube responder à afirmação. Tanto os homens (76,2%), como as mulheres (75,1%) reconheceram a presença de vesículas ou feridas, como sendo um sinal. No que respeita ao país de nascimento, foram os utentes nascidos em países africanos que mais dúvidas apresentaram na resposta, pois 29,4% não soube responder, 5,9% discordou e 64,7% concordou (correctamente) com a afirmação.

Considerando a afirmação catorze, *ardor enquanto urina pode indicar uma IST*, e analisando o seu grau de dependência com as diversas características sócio-demográficas, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na variável estado civil ($\chi^2=30,535$; $p<0,001$; $n=550$). Contudo é uma associação linear baixa, $\phi=0,236$, verificando-se que de todos os utentes que discordaram incorrectamente com a afirmação, a maioria são solteiros, 93,9%.

Relativamente ao reconhecimento do corrimento como sendo um sintoma de ISTs, verificaram-se associações estatisticamente significativas para as variáveis género ($\chi^2=6,349$; $p=0,042$; $n=552$) e habilitações literárias ($\chi^2=16,514$; $p=0,036$; $n=550$). Contudo são associações fracas, $\rho=0,098$ e $\rho= -0,114$; respectivamente, sendo a última negativamente relacionada. É de notar que tanto os homens (79,4%), como as mulheres (74%), concordaram correctamente com a afirmação. Porém, de todos os utentes que discordaram ou não souberam responder à questão, foram os homens quem o referiu mais frequentemente, 88,9% e 54,3%, respectivamente. No que respeita às habilitações literárias, verificou-se que a maioria dos utentes com instrução primária,

69,2% esteve de acordo que deitar pus pelo pénis pode significar uma IST. Observou-se ainda que quanto maior o grau de escolaridade, maior o número de respostas correctas, onde 64,6% dos utentes com 7º ao 9º anos; 79,1% com escolaridade do 10 ao 12º ano e 80,6% dos utentes com ensino superior concordaram que a presença de corrimento pode significar uma IST.

Face à profissão, verificou-se que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=29,128$; $p=0,141$; $n=532$), foram os operários, artífices e trabalhadores similares, trabalhadores não qualificados, operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem que mais referiram não saber que o corrimento peniano pode indicar uma IST (29,4%; 42,3%; 37,5%, respectivamente).

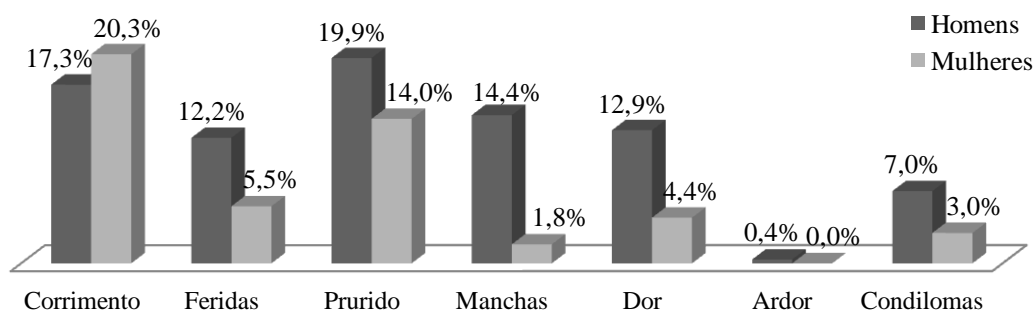
Apesar de 76,5% dos utentes terem concordado que *nem todas as pessoas doentes com uma IST têm sintomas*, verificou-se que uma grande percentagem referiu que a procura de alterações nos genitais (pénis/vagina) sugestivos de ISTs antes do sexo pode ser eficaz. Observou-se que 36,9% discordou com a afirmação, 38% concordou e 25% não soube responder, sendo os homens que mais reconheceram que a procura de alterações é ineficaz (66,8%). Com apoio ao teste qui-quadrado foram observadas diferenças estatisticamente significativas face à variável idade ($\chi^2=23,085$; $p=0,003$; $N=555$), país de nascimento ($\chi^2=26,498$; $p=0,003$; $n=553$), profissão ($\chi^2=286,335$; $p=0,0048$; $n=532$) e habilitações literárias ($\chi^2=42,841$; $p<0,001$; $n=551$). No que respeita à idade, verificou-se uma associação linear quase nula ($\rho=-0,026$), concluindo-se porém que, quanto maior a idade, menor é o número de respostas discordantes, sendo os mais velhos que consideraram a procura de alterações genitais como sendo um método eficaz. É ainda de mencionar que 50,8% dos utentes com mais de 60 anos de idade responderam, erradamente, que concordaram ou não souberam responder.

Face ao país de nascimento, verificou-se que dos utentes que referiram não saber se a procura prévia de alterações genitais é um método eficaz, foram os utentes nascidos em Portugal (59,4%) e nos países tropicais (15,2%) que em maior percentagem o referiu. Sendo os utentes nascidos em países africanos (37,3%), outros países tropicais (51,7%) e outros países europeus (33,3%) que mais responderam concordar com a afirmação, reconhecendo a detecção de sinais e sintomas antes do sexo, como forma eficaz de prevenção.

No que concerne à profissão, verificou-se que a maioria dos especialistas ou quadro superiores afirmaram discordar com a afirmação (50% e 66,2%, respectivamente). Dos utentes que concordaram com a procura de sinais e sintomas antes das relações como sendo um método eficaz, foram os estudantes (22,5%) que mais o afirmaram. Observando as habilitações literárias, verificou-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior o número de respostas correctas, onde a maioria dos utentes com graus de ensino superior (50,9%) discordaram com a afirmação, assumindo a procura prévia de alterações genitais como sendo um método falível e consequentemente de risco. Dos restantes, a maioria não soube responder, correspondendo a 61,5% dos utentes com instrução primária, 91% dos utentes com 5º e o 6º de escolaridade, 80% dos utentes entre o 7º e o 9º ano e 78,3% dos utentes entre o 10º e o 12º ano.

No que respeita à existência de sintomas, verificou-se que 52% da população apresentou queixas, sendo os homens quem mais referiu ter queixas (34,5%). Os principais sintomas referidos foram corrimento (28%) e prurido (25,5%). Como observado no gráfico 7, as mulheres referiram com maior frequência corrimento (20,30%), ao passo que os homens referiram frequentemente prurido (19,93%), corrimento (17,34%), manchas na região genital (14,39%) ou dor (12,92%).

Gráfico 7: sintomas referidos pelo utente face ao género



Exceptuando as queixas de condilomas, nenhum outro sintoma referido pelo utente apresentou diferenças estatisticamente significativas, comparativamente aos utentes que estão infectados e os que não estão, como pode ser observado na tabela 11. Assim, conclui-se que existe dependência entre o facto de o utente referir que apresenta

condilomas e estar infectado com uma IST, nomeadamente HPV. Contudo, verifica-se que é uma associação linear muito baixa ($\phi=0,145$).

Tabela 11: Valores de qui-quadrado, para testar a associação entre o estado de infecção e a presença de sintomas

	Sintomas/sinais	χ^2	p	Presença de infecção N
Referido pelo doente	Corrimento	0,432	0,511	31
	Ferida	0,406	0,524	18
	Prurido	0,351	0,87	35
	Manchas	2,972	0,085	19
	Dor	1,038	0,398	17
	Ardor	0,03	0,864	1
	Condilomas	9,98	0,002	17
Observado pelo médico	Presença de sintoma	221,975	0,00	133

O mesmo não acontece quando **os sintomas são observados pelo clínico**. Com recurso ao teste qui-quadrado, foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=221,975$; $p<0,00$; $n=481$), apresentando uma associação linear moderada $R=0,679$. Apesar de algumas ISTs, como o VIH, poderem ser assintomáticas, existe 34,275 vezes de maior probabilidade de ser diagnosticado uma ISTs quando um sinal ou sintoma é observado pelo clínico assistente.

No presente trabalho, verificou-se que 82,4% dos utentes não apresentou quaisquer sinais ou sintomas, dos quais 27,7% está infectado com uma IST. No entanto, em 11,2% dos utentes infectados que negaram quaisquer queixas, foram detectados durante a observação médica, 2,7% casos de corrimento, 1,1% casos de erupções cutâneas e 7,3% de lesões genitais e peri-anais. Estes dados estão de acordo com o descrito na bibliografia, a possibilidade de existência de sintomas leves, podem induzir a desvalorização dos mesmos por parte do utente, em particular nas mulheres. ^(2; 162)

Nos restantes 17,6%, pôde-se verificar que o sinal mais prevalente foi corrimento (5,1%), seguido de lesão da vulva (4%) ou vagina (0,1%) na mulher e lesão do prepúcio (2,9%) ou glândula (2,8%) nos homens. Foram ainda observados algumas situações de erupções (1,7%), lesões extragenitais (0,3%) e perineais (0,7%).

Porém, a presença de sintomas/sinais não foi sinónimo de presença de uma IST em todos os casos. Em algumas situações, como na presença de corrimento (1,7%),

erupções (1,2%) ou lesão da glândula (0,6%) ou prepúcio (0,4%), foi verificado que o utente não apresentava qualquer IST. Algumas situações de corrimento ou erupções podem dever-se à presença de candidíase ou dermatite, respectivamente, e não necessariamente uma IST. (9; 68; 72; 163)

Quando analisada a associação entre os conhecimentos acerca dos sintomas, face à prevalência das ISTs, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas na população estudada, relativamente às infeções assintomáticas ($\chi^2=1,364$; $p=0,505$; $n=479$), como na presença vesículas/feridas ($\chi^2=2,365$; $p=0,306$; $n=477$) ou corrimento ($\chi^2=0,968$; $p=0,616$; $n=479$).

No que respeita aos **conhecimentos acerca das complicações das ISTs**, verificou-se que 61,6% e 74,1% dos utentes inquiridos sabiam que a infertilidade masculina ou feminina, bem como a DIP, respectivamente, são complicações das ISTs. No que respeita ao conhecimento sobre a infertilidade como uma complicação das ISTs, verificou-se que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativa entre os utentes mais velhos e os mais novos ($\chi^2=8,609$; $p=0,376$; $n=555$) e entre os homens e as mulheres ($\chi^2=0,439$; $p=0,803$; $n=553$), 64,3% dos utentes com mais de 60 anos de idade indicou não saber responder à pergunta, e 38,9% dos homens e 36,8% das mulheres discordaram (incorrectamente) ou não souberam que pode existir a infertilidade.

No que concerne ao estado civil, verificou-se que os utentes em união de facto (55,9%) ou os utentes casados (51%) foram os que mais dúvidas apresentaram. Na sua maioria não souberam responder à questão ou discordaram que a infertilidade possa ser uma complicação, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=23,478$; $p=0,03$). Contudo, observou-se uma associação linear muito baixa ($\rho=0,105$). Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas, quando comparado as habilitações literárias ($\chi^2=50,271$; $p<0,001$; $n=551$), profissão ($\chi^2=44,614$; $p=0,003$; $n=532$) e a orientação sexual ($\chi^2=11,072$; $p=0,026$; $n=534$), porém com coeficientes de associação lineares fracos, $\rho=-0,253$; $\rho=0,025$ e $\rho=-0,11$, respectivamente.

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que quanto maior o nível de habilitações literárias ou qualificação profissional, maior o nível de respostas correctas. Foram os utentes pertencentes aos quadros superiores de administração de empresas (77,3%) e aos quadros de especialistas de profissões intelectuais e científica (81,8%)

que em maior percentagem concordaram que as ISTs podem causar infertilidade. Bem como, são os utentes mais literatos (75,6% do ensino superior) que maior número de respostas correctas deram. Apenas 23,1% dos utentes com instrução primária souberam reconhecer a infertilidade como uma complicação.

Face à orientação sexual, observou-se que os utentes heterossexuais apresentaram mais incertezas, dos quais 39,8% não soube que a infertilidade é uma consequência ou discordou como sendo uma complicação. Ao passo que 67,2% dos utentes que têm relações sexuais com pessoas do mesmo género e 71,1% que têm relações sexuais com pessoas de ambos os géneros soube-o.

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas relativamente à naturalidade do utente ($\chi^2=9,182$; $p=0,515$; $n=553$), é de notar que foram os utentes nascidos em países africanos (74,5%) e países de leste (85,7%) que em maior percentagem referiu concordar, correctamente, que a infertilidade pode ser uma complicação das ISTs.

Relativamente à DIP, verificou-se que 80,4% das mulheres reconheceu-a como uma complicação e 19,6% não soube responder ou discordou com a sua existência, contrariamente aos homens, que em maior percentagem (29,4%) referiu não saber ou discordar, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6,852$; $p=0,033$; $n=553$).

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas relativamente à profissão ($\chi^2=13,114$; $p=0,930$; $n=532$), é de referir que 80% dos profissionais do sexo, 83,3% dos reformados, 82,4% dos operários, artífices e trabalhadores similares e 89,7% do pessoal administrativo que mais respostas correctas deram, concordando que a DIP é uma complicação das ISTs. Ao passo, que os utentes pertencentes a quadros superiores apresentaram mais respostas incorrectas (63,6%).

No que concerne às habilitações literárias não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4,850$; $p=0,774$; $n=551$). O mesmo não aconteceu quando verificada a associação entre a resposta dada e o país de nascimento ($\chi^2=18,992$; $p=0,041$, $n=553$) verificando-se que existe associação o país onde os utentes nasceram e as repostas dadas. Contudo é uma associação linear muito baixa ($\rho=-0,009$). Todos os utentes nascidos em países de leste concordaram que a DIP é uma complicação e 50,7%

dos utentes nascidos nos restantes países (excepto africanos, tropicais, leste e Portugal) referiram não o saber.

Quanto à orientação sexual, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,609$; $p=0,462$; $n=534$). Contudo note-se, que foram os utentes que têm sexo com pessoas de ambos géneros, que menos dúvidas apresentaram. 84,2% dos utentes que têm sexo com pessoas de ambos os géneros, 75,4% dos heterossexuais e 71,6% de utentes que têm relações sexuais com pessoas do mesmo género, concordaram (correctamente) que a DIP é uma complicação.

Relativamente à prevalência de ISTs, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, quer na situação de DIP ($\chi^2=1,477$; $p=0,478$; $n=480$), como na possibilidade de infertilidade ($\chi^2=1,996$; $p=0,369$; $n=480$). No entanto, é de relatar que foram os utentes não infectados que em maior percentagem responderam concordar, correctamente, com a DIP (45,6%) e com a infertilidade (38,8%), como possíveis complicações das ISTs.

Como referido anteriormente, no que concerne aos **conhecimentos sobre o preservativo**, verificou-se que a maioria (90,4%) dos utentes inquiridos reconheceu o preservativo como o método mais seguro para prevenir uma IST. 89,5% dos utentes concordaram que deve ser utilizado em todas as práticas sexuais, 95,1% como o método a utilizar com parceiros sexuais ocasionais e 94,9% concordou como sendo o método mais seguro para pessoas com mais do que um parceiro sexual.

No que respeita à afirmação, *o preservativo deve ser utilizado em todas as práticas sexuais (oral, vaginal, anal) com risco de transmissão*, relativamente aos dados sócio-demográficos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo é de referir que, 90,4% das mulheres e 89,5% dos homens concordaram correctamente com a afirmação. Os utentes nascidos em Portugal e nos países tropicais, incluindo países africanos foram os que em maior percentagem referiram discordar com a afirmação. Todos os outros referiram concordar ou não saber responder à mesma.

Quando verificado a associação entre a resposta à questão, relativamente ao uso de preservativo nas várias práticas sexuais, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na prática de sexo oral, $p=0,046$, contudo é uma associação linear muito fraca ($\rho=-0,055$), como pode ser observado na tabela 12. É de referir que de

todos os que utentes que discordaram com a afirmação, todos referiram nunca terem utilizado preservativo.

Tabela 12: valores de qui-quadrado, no que respeita aos conhecimentos acerca do preservativo, relativamente aos dados sócio-demográficos

	Deve ser utilizado em todas as práticas sexuais	Deve ser utilizado com parceiros ocasionais	É o método mais seguro	É o método mais seguro para pessoas com mais de um parceiro sexual
Idade	$\chi^2 = 7,694$ $p = 0,464$ $n=554$	$\chi^2 = 12,281$ $p = 0,139$ $n=555$	$\chi^2 = 17,318$ $p = 0,027^d)$ $n=553$	$\chi^2 = 14,112$ $p = 0,079$ $n=553$
Género	$\chi^2 = 0,789$ $p = 0,475$ $n=552$	$\chi^2 = 2,255$ $p = 0,317$ $n=553$	$\chi^2 = 2,382$ $p = 0,304$ $n=551$	$\chi^2 = 1,057$ $p = 0,589$ $n=551$
Orientação sexual	$\chi^2 = 1,688$ $p = 0,793$	$\chi^2 = 3,496$ $p = 0,478$ $n=534$	$\chi^2 = 5,018$ $p = 0,285$ $n=532$	$\chi^2 = 5,527$ $p = 0,237$ $n=532$
Estado civil	$\chi^2 = 23,083$ $p = 0,929$ $n=549$	$\chi^2 = 2,634$ $p = 0,955$ $n=550$	$\chi^2 = 5,106$ $p = 0,746$ $n=548$	$\chi^2 = 5,683$ $p = 0,683$ $n=548$
Habilitações literárias	$\chi^2 = 3,188$ $p = 0,922$ $n=550$	$\chi^2 = 24,587$ $p = 0,002^a)$ $n=551$	$\chi^2 = 6,102$ $p = 0,636$ $n=549$	$\chi^2 = 3,397$ $p = 0,907$ $n=549$
País de nascimento	$\chi^2 = 0,101$ $p = 15,954$ $n=552$	$\chi^2 = 34,098$ $p < 0,001^b)$ $n= 553$	$\chi^2 = 14,746$ $p = 0,142$ $n=551$	$\chi^2 = 24,062$ $p = 0,007^e)$ $n=551$
Local de residência	$\chi^2 = 5,479$ $p = 0,993$ $n=543$	$\chi^2 = 21,669$ $p = 0,154$ $n=544$	$\chi^2 = 16,655$ $p = 0,142$ $n=542$	$\chi^2 = 51,380$ $p < 0,001^f)$ $n=543$
Profissões	$\chi^2 = 24,683$ $p = 0,312$ $n=531$	$\chi^2 = 39,514$ $p = 0,012^c)$ $n=532$	$\chi^2 = 22,445$ $p = 0,434$ $n=530$	$\chi^2 = 16,937$ $p = 0,767$ $n=531$

a) rho=0,069; b) rho=0,061; c) rho=0,043; d) rho=-0,041; e) rho= -0,046; f) rho=0,021

Relativamente, **ao uso de preservativo em práticas sexuais com parceiros ocasionais**, observou-se que dos utentes que não souberam que o preservativo deve ser utilizado, foram as mulheres (57,51%) quem mais o referiu. Ao passo que foram os homens (61,5%) que mais discordaram com o seu uso, porém tais diferenças não foram estatisticamente significativas ($\chi^2=2,295$; $p=0,317$; $n=553$).

No que respeita ao local de residência, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo observou-se que todos os utentes que não souberam a resposta ou que discordaram que o preservativo deve ser utilizado com parceiros sexuais ocasionais, referiram residir no concelho de Lisboa ou Setúbal.

Contrariamente e apesar de ser uma associação linear muito baixa ($\rho=0,061$), observaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao país de nascimento. É de referir que foram os utentes nascidos em Portugal (53,8%), em países africanos (30,8%), noutros países tropicais (7,7%) ou noutros países europeus (7,7%) que discordaram com a utilização do preservativo em práticas com parceiros ocasionais. Ao passo que 35,7% dos utentes nascidos em Portugal, 14,3% nascidos em países africanos, 35,7% nascidos em outros países tropicais 14,3% países de leste não souberam responder à mesma questão.

No que respeita à profissão e às habilitações literárias, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo porém associações lineares fracas ($\rho=0,043$; $\rho=0,069$). Os utentes que pertencem à categoria “pessoal de serviço e vendedores” apresentaram a maior percentagem de respostas incorrectas. Todos os utentes com instrução primária responderam concordar com a utilização de preservativo em todas as práticas sexuais com parceiros ocasionais. Sendo os utentes com o habilitações entre o 10º ao 12º ano que maior número de respostas incorrectas deram.

Relativamente ao **reconhecimento do preservativo como o método mais seguro**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na variável idade ($\chi^2=17,318$; $p=0,027$; $n=553$), sendo porém uma associação linear muito baixa ($\rho=-0,041$). Assim, observou-se que quanto maior a idade, maior o número de respostas correctas, concluindo-se que os utentes mais velhos têm maior percepção que o preservativo é o método mais seguro.

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, relativamente aos restantes dados sócio-demográficos e à orientação sexual, é de referir que os utentes que não souberam a resposta, 3,3% referiram residir em Leiria, 93,3% em Lisboa e 3,3% em Setúbal. Ao passo que dos que discordaram com o preservativo como o método mais seguro, 4,5% referiu residir em Santarém, 90,9% em Lisboa e 4,5% nos Açores.

Quando analisada as características sócio-demográficas, relativamente às respostas dadas à questão, ***o preservativo é o método mais seguro para pessoas com mais de um parceiro sexual***, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao país de nascimento ($\chi^2=24,062$; $p=0,007$; $n=551$) e ao local de residência ($\chi^2=51,380$; $p<0,001$; $n=543$). Observou-se assim, que todos os utentes

nascidos na Europa (excepto Portugal), países de leste (excepto um utente que discordou) e restantes países (excepto trópicos) referiram concordar com a afirmação. Dos que discordam que o preservativo é o método mais seguro em práticas sexuais com mais de um parceiro sexual, foram os utentes nascidos em países africanos (36,4%) quem mais o referiu, e os portugueses (56,3%) foram os que contribuíram no grupo que referiu não saber responder. Relativamente, ao local de residência, os utentes que discordaram com a afirmação, referiram residir em Aveiro (9,1%) e em Lisboa (90,9%), ao passo, que os que referiram não saber, residem todos em Lisboa.

Apesar de não ser estatisticamente significativo a associação entre as repostas à questão quinze da parte II (*O preservativo é o método mais seguro para pessoas com mais de um parceiro sexual*) e o estado civil ($\chi^2=5,683$; $p=0,683$; $n=548$), a profissão ($\chi^2=16,937$; $p=0,767$; $n=531$) e as habilitações literárias ($\chi^2=3,397$; $p=0,907$; $n=549$), é de referir que foram apenas os solteiros (87,5%) e os utentes em união de facto (12,5%), que referiram discordar com o preservativo como método mais seguro quando de práticas sexuais com múltiplos sexuais. Todos os utentes com habilitações entre a instrução primária e o 6º ano e os reformados ou que referiram desempenhar funções na categoria “pessoal administrativo e similar”, “operários artífices e trabalhos similares” e “profissionais do sexo”, reconheceram o preservativo como o método mais seguro.

No que concerne ao conhecimento acerca do preservativo e à presença de ISTs, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que se aceitou a hipótese nula, concluindo-se que o facto de o utente desconhecer que o preservativo é o método mais seguro e que deve ser utilizado em todas as práticas sexuais, não implica a presença ou ausência de uma ISTs.

Observou-se ainda, que a maioria da população considerou o preservativo como o método mais seguro. Contudo, quando analisado em particular os conhecimentos sobre o efeito protector do DIU, pílula, a micção após as relações ou a procura de alterações genitais antes das relações, verificaram-se um número de respostas erradas relativamente elevado, como pode ser observado na tabela 13.

58% respondeu, incorrectamente, que a procura de alterações genitais é um método eficaz; 8,1% concordou incorrectamente que a micção após as relações sexuais previne uma IST e 36,1% não soube responder. No que respeita aos métodos contraceptivos, verificou-se que 45,6% e 16,6% não soube ou concordou

(incorrectamente) que o DIU e a pílula podem prevenir uma IST. O que está de acordo com o que foi encontrado por Ribeiro & Fernandes (2009), em que a maioria dos estudantes soube reconhecer o preservativo (98%) como sendo o único método de prevenção às ISTs, contudo uma pequena percentagem referiu o diafragma, DIU, pílula, espermicida ou o coito interrompido como forma de prevenção às mesmas.⁽¹¹⁾ Apesar da maioria dos utentes terem concordado com o preservativo como sendo um método mais seguro na prevenção das ISTs, uma percentagem significativa não soube ou considerou, que o DIU, a pílula, a procura de alterações nos genitais prévias as relações sexuais ou a micção após as mesmas, são métodos ineficazes na prevenção das ISTs. Pelo contrário e como descrito anteriormente, segundo Bancroft (2002), a contracepção oral e a utilização DIU podem aumentar a susceptibilidade à infecção pelo VIH, contudo, necessita de mais estudos.⁽²⁰⁾

Tabela 13: percentagem de resposta às questões relativamente aos meios de prevenção das ISTs

n.º	Item	Discordo	Concordo	Não sei
6	Procurar alterações nos genitais (pénis/vagina) sugestivos de ISTs antes do sexo, quase sempre é eficaz.	36,9%	38,0%	25,0%
10	Urinar (xixi) depois do sexo previne “apanhar” IST.	55,8%	8,1%	36,1%
17	O dispositivo intra-uterino (DIU, conhecido também por aparelho) impede ISTs	54,4%	7,1%	38,5%
21	A pílula pode prevenir uma IST	83,4%	2,7%	13,9%

Valores a negrito, são as respostas correctas á questão

Relativamente à afirmação, *procurar alterações nos genitais (pénis/vagina) sugestivos de ISTs antes do sexo quase sempre é eficaz*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para idade ($\chi^2=23,085$; $p=0,003$; $n=555$), género ($\chi^2=8,598$; $p=0,014$; $n=553$), país de nascimento ($\chi^2=26,498$; $p=0,003$; $n=553$), profissão ($\chi^2=59,970$; $p<0,001$; $n=532$) e habilitações literárias ($\chi^2=42,841$; $p<0,001$; $n=551$), quando analisado a associação entre as respostas à referida afirmação e as variáveis mencionadas, mas com associações lineares fracas, $\rho=0,017$; $\rho=0,111$; $\rho=0,112$; $\rho=-0,144$; $\rho=0,221$, respectivamente. Assim, e face aos resultados obtidos, pôde-se concluir que os utentes mais velhos afirmaram frequentemente que a procura de alterações nos genitais quase sempre é eficaz na prevenção de uma IST. As mulheres responderam em maior percentagem que discordaram ou não souberam

responder (35,9% e 31,6%, respectivamente), comparativamente aos homens (39,5% e 20,6%, respectivamente). No que respeita ao país de nascimento, verificou-se que a maioria (71,4%) dos utentes nascidos nos países de leste, seguido dos utentes nascidos nos países tropicais não africanos (51,7%), concordou que a procura de alterações nos genitais pode ser eficaz.

Relativamente ao local de residência, é de referir, que apesar de não ser estatisticamente significativo ($\chi^2=22,039$; $p=0,142$; $n=544$), é de referir que todos os utentes residentes em Aveiro, Porto ou outros países admitiram correctamente que a procura de alterações genitais antes das relações sexuais é um método ineficaz, contrariamente aos utentes que residiam em Lisboa. De todos os utentes que não souberam responder, foram os utentes residentes no concelho de Lisboa quem mais o referiu (91,9%). Relativamente à profissão, observou-se que todos os reformados ou profissionais do sexo consideraram que é um método eficaz ou não souberam responder. A maioria dos desempregados discordou com a procura de alterações nos genitais como método preventivo, sendo os utentes com profissões mais qualificadas (quadros superiores, especialistas ou técnicos) que maior número de respostas correctas deu. Por último e relativamente às habilitações literárias, verificou-se que quanto maior o grau de instrução, maior o número de respostas correctas, sendo os utentes com maior nível de instrução que consideraram com maior frequência que a procura de alterações genitais é um método ineficaz na prevenção.

No que respeita à afirmação número dez, *urinar (xixi) depois do sexo previne “apanhar” IST*, foram os utentes de países africanos e outros países europeus (exceptuando Portugal), que mais frequentemente referiram não saber. Verificando-se também, que quanto menor o grau de instrução, maior é o número de utentes que não soube ou concordou incorrectamente com as afirmações. Concluindo que, utentes menos literatos concordaram mais frequentemente que as ISTs se transmitem por contacto pele a pele, nomeadamente por contacto com cara e braços e que urinar após as relações sexuais é um método eficaz na prevenção das ISTs. De forma semelhante aconteceu com a profissão que cada utente ocupa, sendo os trabalhadores com profissões não qualificadas, operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de moagem ou profissionais do sexo, que mais incertezas apresentaram (81,3%; 57,7%;

60%), não sabendo responder ou concordarem (incorrectamente) que urinar após as relações sexuais são um meio de prevenção eficaz.

No que concerne ao **DIU como método preventivo nas ISTs**, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao género ($\chi^2=17,996$; $p<0,001$; $n=551$), profissão ($\chi^2=53,306$; $p<0,001$; $n=531$) e habilitações literárias ($\chi^2=45,164$; $p<0,001$; $n=549$). Os resultados obtidos através do teste qui-quadrado, levaram à rejeição das respectivas hipóteses nulas, concluindo-se que as variáveis estão associadas, apesar de apresentarem um valor de associação muito baixo, $\rho=-0,180$; $\rho=0,025$ e $\rho=-0,209$; respectivamente. Podendo assim afirmar-se que as mulheres apresentaram um maior número de respostas correctas (65,4%), onde a maioria discordou que o “*DIU (...) impede ISTs*” ou não souberam responder. Esta diferença entre os géneros poder-se-á dever à possibilidade de existir maior afluência de informação para as mulheres, aquando da disponibilidade dos vários métodos contraceptivos, nomeadamente o DIU e a pílula, visto que estes são produzidos directamente para as mulheres.

Relativamente à profissão, verificou-se que os estudantes foram o grupo que com maior frequência referiu discordar com a afirmação, contrariamente aos desempregados (22,2%) e ao pessoal de serviço e vendedores (21,7%) que em maior percentagem referiu concordar ou não saber responder. É ainda de referir que os reformados, pessoal administrativo ou operários artífices e trabalhadores similares, referiram não saber ou concordar com a afirmação, desconhecendo ou concordando que o DIU não protege contra as IST. Por último, relativamente às habilitações literárias, verificou-se que quanto maior o grau de instrução, maior o número de respostas correctas. Os utentes com habilitações superiores ao 10º ano referiram em maior percentagem discordar com o DIU como método protector. Ao passo que a maioria dos utentes com escolaridade até ao 6º ano referiu não saber responder ou concordaram com o mesmo.

Por último, analisando a **pílula como método protector de uma IST** relativamente aos dados sócio-demográficos e orientação sexual, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com recurso ao teste qui-quadrado, relativamente à idade ($\chi^2=22,644$; $p=0,004$; $n=555$), estado civil ($\chi^2=18,892$; $p=0,015$; $n=550$), profissão ($\chi^2=36,766$; $p=0,025$; $n=532$) e habilitações literárias ($\chi^2=70,529$;

$p < 0,001$; $n=551$). Assim, pode-se afirmar com nível de significância de 5%, que os utentes mais velhos tendem a aceitar a pílula como meio preventivo às ISTs. Relativamente ao estado civil, verificou-se que dos utentes que discordaram com o efeito protector da pílula, foram os solteiros quem mais o referiu (86%). Os utentes em união de facto foram os que tendencialmente responderam não saber se a pílula protege ou não contra as ISTs. No que concerne à profissão, verificou-se que a maioria dos especialistas (93,5%), técnicos (88,3%) e estudantes (88,5%) soube a resposta correcta. Contrariamente, os operários de máquinas e trabalhadores de moagem (56,3%) referiram discordar em maior percentagem com o efeito protector da pílula face às IST. Por último, relativamente às habilitações literárias, observou-se que os utentes com maior escolaridade, apresentaram um menor número de respostas na posição “concordo” e “não sei”, admitindo que a pílula não protege contra as ISTs.

Relativamente, aos conhecimentos sobre os meios de prevenção e à presença de ISTs, verificou-se que apesar de não ser estatisticamente significativo, os utentes infectados responderam de forma incorrecta mais frequentemente, admitindo que a pílula, DIU, micção após as relações ou a pesquisa de alterações genitais previamente às práticas sexuais, são métodos eficazes na prevenção das ISTs.

Por último, no que respeita ao conhecimento sobre as indicações gerais verificou-se que a maioria da população (53,1%) considerou que se pode manter relações sexuais aquando do diagnóstico de uma ISTs, 88,4% referiu que se deve recorrer à ajuda médica e 83% que se deve terminar a terapêutica prescrita.

No que concerne à primeira afirmação, ***quem tem alguma IST, pode manter relações sexuais***, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao género ($\chi^2=6,765$; $p=0,003$; $n=546$) onde as mulheres tendencialmente concordaram (59,6%) que se podem manter as relações sexuais, ao passo que a maioria dos homens referiu discordar (34,9%) ou não saber responder (16%). Contudo, esta afirmação poderá suscitar algumas dúvidas, pois ao considerar-se as infecções bacterianas e trichomonas de acordo com *guidelines* canadianas, o utente deverá abster-se sexualmente.⁽¹⁶⁴⁾ Contudo, tendo em consideração as infecções virais, nomeadamente, HIV e considerando actualmente a impossibilidade de cura, a abstinência sexual será impraticável e limitante na vida íntima do utente, pelo que se

recomenda a continuação da prática sexual com uso de preservativo, mesmo em situações de relação estável, pela possibilidade de transmissão ao parceiro sexual.

Verificaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao país de nascimento ($\chi^2=28,658$; $p=0,001$; $n=546$), local de residência ($\chi^2=35,663$; $p=0,003$; $n=537$), profissão ($\chi^2=41,880$; $p=0,006$; $n=526$) e habilitações literárias ($\chi^2=20,270$; $p=0,009$; $n=544$), sendo todas as associações lineares muito fracas, $\rho=0,053$; $\rho=-0,009$; $\rho=0,143$ e $\rho=-0,055$, respectivamente. Assim, verificou-se que os utentes nascidos na Europa e restantes países (excepto África e trópicos) referiram concordar que se podem manter relações sexuais. Contrariamente, a maioria (71,4%) dos utentes nascidos nos países de leste referiu discordar com a afirmação, assumindo-se que estão de acordo com a abstinência sexual. Todos os utentes residentes nos Açores e restantes países responderam que se devem manter as relações sexuais, todos os utentes residentes nos Açores ou Porto referiram não saber se podem manter ou abster-se sexualmente. A maioria dos utentes residentes em Lisboa (53,8%) e Aveiro (57,6%) referiu concordar com a abstinência sexual. Relativamente à profissão, verificou-se que todos os profissionais do sexo referiram não saber. Os estudantes (58,6%) referiram em maior percentagem concordar com a abstinência sexual, ao passo que os reformados (33,3%) tendencialmente responderam não saber. Por último, verificou-se que os utentes com graus de ensino superior responderam em maior percentagem que concordaram com a manutenção das relações sexuais, ao passo que os utentes menos literatos responderam em maior percentagem não saber responder.

No que concerne à **procura de ajuda médica, aquando de relações desprotegidas com parceiros ocasionais**, verificou-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade ($\chi^2=23,730$; $p=0,003$; $n=553$), local de residência ($\chi^2=53,569$; $p<0,001$; $n=542$) e profissão ($\chi^2=37,268$; $p=0,022$; $n=530$), apresentando uma associação linear muito baixa ($\rho=-0,009$; $\rho=0,003$; $\rho=0,094$). Assim, pode-se afirmar que os utentes mais novos discordaram em procurar ajuda, contrariamente aos utentes ao mais velhos que referiram concordar com a mesma. Relativamente ao local de residência, todos os utentes que referiram residir em Aveiro, concordaram com a procura de ajuda médica em situações de relações desprotegidas com parceiros ocasionais. Ao passo que os que referiram residir no Porto, responderam não saber responder à questão. A maioria dos utentes residentes em Lisboa (88,3%) e Setúbal

(93%) referiu concordar com a ajuda médica nesta situação. Por último e no que respeita à profissão, verificou-se que todos os utentes reformados e operários artificiais e trabalhadores similares referiu concordar com a ajuda médica. Contrariamente, a maioria dos utentes administrativos (94,3%) referiu discordar com a ajuda médica, seguido dos utentes que desempenham funções mais especializadas (23,3%) ou quadros técnicos (20%).

Por fim, no que concerne à **toma de medicação até ao fim mesmo na ausência de sintomas**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade ($\chi^2=16,888$; $p=0,031$; $n=553$), estado civil ($\chi^2=22,537$; $p=0,004$; $n=548$), profissão ($\chi^2=52,449$; $p<0,001$; $n=530$) e habilitações literárias ($\chi^2=30,046$; $p<0,001$; $n=549$). Com apoio ao teste qui-quadrado, rejeitou-se a hipótese nula, observando-se associação entre as variáveis mencionadas e as respostas à questão, *quem tem uma IST, não tem que tomar a medicação até ao fim, se já não tiver sintomas*. Contudo, apresentaram uma correlação linear muito baixa ($\rho=0,042$; $\rho=0,138$; $\rho=-0,185$).

Assim, pode-se afirmar que os utentes mais velhos, tendencialmente, apresentam mais dúvidas. 34,8% dos utentes com idades entre 50-60 anos e 14,3% com idades superiores aos 60 anos, não souberam se deviam finalizar ou não a medicação. No que respeita ao estado civil, foram os utentes solteiros que discordaram em maior percentagem (85,7%), contrariamente a 22,4% dos utentes casados e todos os utentes viúvos que referiram não saber da necessidade de finalizar a medicação. Relativamente à profissão observou-se que todos os reformados referiram discordar com a afirmação, seguidos dos utentes especialistas (94,8%). A maioria dos profissionais do sexo (60%) referiu não saber da necessidade de finalizar a medicação. Os desempregados foram os que mais concordaram com a afirmação (23,1%), assumindo-se que aceitam a suspensão da medicação, caso já não tenham sintomas. Por último verificou-se, que os utentes mais literatos concordaram com a toma da medicação até ao fim, mesmo na ausência de sintomas.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas às questões acerca dos conhecimentos entre quem está ou não infectado. Concluindo-se assim, que os conhecimentos não estão associadas à prevalência de infecção na população estudada, sendo a percentagem de respostas erradas semelhantes entre quem está infectado e quem não está.

2.5. ATITUDES FACE ÀS IST

No que respeita às **atitudes face às ISTs**, e com recurso ao anexo 9, pode-se verificar que 70,7% dos utentes referiram discordar que *a maneira como cada um vive a sua sexualidade, não tem nada a ver com as ISTs*. A maioria das pessoas (79,80%) concordou com a mudança de hábitos sexuais após o diagnóstico de ISTs. Como forma de prevenção, grande parte (79,6%) dos utentes referiu evitar expor os outros, caso lhe tivesse sido diagnosticado uma IST, bem como 84,3% dos utentes referiram que realizariam exames médicos regulares, caso tivessem relações com mais de uma pessoa.

Quanto aos **métodos de protecção**, verificou-se que 86,5% dos utentes concordaram que os métodos de protecção são fáceis de usar, sendo que 78,7% consentiram com a abstinência sexual, 67,4% tencionam procurar sinais de ISTs antes de ter relações sexuais com alguém e 19,3% concordaram que a possibilidade de “apanhar” uma IST não os impede de ter relações sexuais sem preservativo.

91,4% dos utentes concordaram que a assistência médica cedo é a chave principal de prevenir os efeitos nocivos das ISTs. Contudo, apenas 76% dos utentes admitiram, que se sentiriam seguros em procurar ajuda médica, caso não tivessem certezas de ter uma IST.

Relativamente ao parceiro sexual, 94,6% concordaram que caso tivesse sido diagnosticado uma IST, esta deveria levar o seu parceiro ao médico. Sendo que, 83,4% aceitou que a melhor maneira do parceiro adquirir um tratamento adequado é levando-o ao médico e 86,4% concordaram que deveria levar o seu parceiro ao médico, caso suspeitasse que o mesmo era portador de uma IST. Contudo, 7,2% dos utentes admitiram que seria insultuoso se o parceiro sugerisse a utilização de preservativo para prevenção de uma IST, sendo estes valores semelhantes aos encontrados pela equipa do projecto aventura social (2010).⁽¹⁶⁵⁾

No que concerne ao apoio com a saúde pública, 93,8% dos utentes estiveram de acordo que uma taxa elevada de ISTs deverá preocupar todas as pessoas. Caso lhe fosse diagnosticada uma IST, 70,6% dos utentes referiram que iriam cooperar com os profissionais de saúde, com o intuito de descobrir o foco de transmissão, 84,9% iria apoiar os esforços da comunidade para controlar a transmissão das IST e 72,6% referiu

estar disposto a trabalhar com os outros, para tornar as pessoas conscientes dos problemas das ISTs, na sua cidade.

Adoptando o modelo de atitudes tripartido revisto proposto por Zanna e Rempel (1988) citado por Neto (1998) e tendo em consideração o que foi documentado por Yarber [et. Al.] (1997) as atitudes incorporam três componentes: intenção de agir, sentimentos e crenças. ^(139; 154) Assim, no presente estudo, foram observadas as atitudes que os utentes tiveram, tendo em consideração o *score* total. Conforme o proposto por João Marôco (2010) e considerando a tabela 2 (matriz dos pesos factoriais), os *scores* foram calculados com base nos pesos factoriais, respeitando a seguinte fórmula matemática:

$$\text{Atitudes} = 0,129 \text{ It4} + 0,168 \text{ It6} + 0,209 \text{ It7} + 0,009 \text{ It11} + 0,025 \text{ It12} + 0,008 \text{ It13} + \\ 0,011 \text{ It14} + 0,012 \text{ It16} + 0,007 \text{ It22} + 0,074 \text{ It26} + 0,031 \text{ It27}$$

Como referido anteriormente, a escala utilizada distingue os utentes com atitudes de alto ou baixo risco na aquisição de ISTs. O *score* das atitudes poderá atingir um mínimo de 0,68 e um máximo de 3,16. Quanto mais os valores se aproximarem de 3,16, maior será a predisposição do utente adquirir uma IST. Contrariamente, quanto mais se aproximar de 0,68, menor será a predisposição. Valores médios (1,83 a 2,73) deverão indicar uma atitude de risco moderado para aquisição de uma IST.

Desta forma, pode-se verificar que dos 556 utentes que responderam às questões, os valores dos *scores* da variável atitude, obtiveram valores a variar entre 0,68 e 3,16 mostrando que existiam utentes com uma atitude de baixo risco, a utentes com risco muito elevado para adquirir uma IST. 70% dos utentes apresentam um *score* de 1,3095, mostrando que a maioria dos utentes apresentaram um risco baixo. Em média ($\mu=1,90$), os utentes apresentam atitudes de baixo risco para contrair uma IST. Após ter sido garantido o pressuposto da homogeneidade (*valor de teste levene*=0,151; $p=0,689$; $n=530$), foi verificado com apoio do teste *t-student* ($t=0,346$; $p=0,729$; $n=530$) que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre homens ($\mu=1,10$) e mulheres ($\mu=1,09$).

Quando analisado as atitudes dos utentes em função da **idade**, e admitindo uma distribuição normal através do teorema do limite central, verificou-se que existe uma correlação linear muito baixa e positiva ($R=0,032$; $p=0,468$; $n=552$), indicando que

quando maior a idade, maior é o risco do utente adquirir uma IST. Porém, sendo o *valor de teste* 0,468, não se rejeita a possibilidade da hipótese de correlação ser zero no universo ($H_0: R=0$), para qualquer erro do tipo I do analista. Assim, conclui-se a existência de uma associação muito fraca entre a idade e as atitudes, contudo não é estatisticamente significativas.

Para verificação da hipótese da variância das atitudes em relação ao **estado civil** foi utilizado o teste ANOVA. Apesar de ter sido verificada a normalidade apenas para os utentes em união de facto ($p=0,082$), a homogeneidade foi garantida com recurso ao teste de *levene* (*valor de teste levene*=0,425; $p=0,735$; $n=528$), pelo que se prosseguiu com o teste ANOVA. Por não se terem observado diferenças estatisticamente significativas ($F=0,705$; $p=0,589$; $n=528$), conclui-se, por aceitação da hipótese nula, que os todos os utentes apresentaram atitudes semelhantes.

Relativamente, à **orientação sexual**, não se verificar distribuição normal através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, porém admitiu-se a normalidade pelo número elevado de casos. Através do teste de *levene* (*valor de teste levene*=0,209; $p=0,812$; $n=513$), observou homogeneidade da variância relativamente às atitudes que os utentes apresentaram face à orientação sexual, prosseguindo-se com o teste ANOVA. Assim, observou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($F=2,225$; $p=0,109$; $n=513$), concluindo-se que as atitudes não diferem entre os utentes que têm relações com pessoas do mesmo género, ambos os géneros ou géneros diferentes.

No que concerne ao **país de nascimento**, verificou-se distribuição normal para os utentes que se enquadraram nas categorias “outro país europeu”; “restantes países” e “países de leste”. Com apoio ao teste de *levene*, observou-se que as dispersões observadas nas atitudes relativamente ao país de nascimento (0,320; 0,273; 0,374; 0,296; 0,484 e 0,429) não foram estatisticamente diferentes entre si (*valor de teste levene*=2,148; $p=0,058$; $n=530$). Recorrendo ao teste ANOVA, observou-se que as atitudes são idênticas entre todos os grupos de utentes, independentemente do país onde nasceu ($F=1,298$; $p=0,263$; $n=530$).

Quando analisado as atitudes dos utentes imigrantes em função do **tempo de permanência em Portugal**, observou-se a existência de uma correlação linear baixa e negativa ($R=-0,084$; $p=0,285$; $n=532$), indicando que quando maior o tempo de permanência em Portugal, menor é o risco do utente adquirir uma IST. Contudo,

concluiu-se que apesar da existência de associação linear fraca, esta não foi estatisticamente significativa. Todavia não se conseguiu excluir a possibilidade da hipótese de correlação ser zero no universo ($H_0: R=0$), para qualquer erro do tipo I do analista.

Relativamente, ao **local de residência** verificou-se apenas distribuição normal, para utentes residentes nos distritos de Leiria ($p=0,200$), Santarém ($p=0,009$) e Setúbal ($p=0,200$). Com recurso ao teste *levene*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre si (*valor de teste levene*=1,056; $p=0,388$; $n=523$), garantindo-se o pressuposto da homogeneidade. Por aceitação da hipótese nula ($F= 0,408$; $p=0,898$; $n=523$), verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas através do teste ANOVA. Contudo note-se que os utentes residentes no Porto ($\mu=1,24$) e nos Açores ($\mu=1,28$) tendencialmente apresentaram uma atitude com risco mais elevado, comparativamente aos residentes em Beja ($\mu=1,04$) ou noutros países ($\mu=0,80$).

No que concerne às **habilitações literárias**, verificou-se distribuição normal apenas para os utentes que têm habilitações ao nível do 5º e do 6º ano de escolaridade ($p=0,200$). Ao ter sido verificado diferenças estatisticamente significativas na variância das atitudes nos vários níveis de ensino (*valor de teste levene*=0,877; $p=0,022$; $n=528$), não se garantiu o pressuposto da homogeneidade, pelo que foi utilizado o teste *Kruskall-wallis*. Após aplicação do referido teste, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos em estudo, concluindo-se que pelo menos um dos grupos apresentou atitudes com risco mais baixo para adquirir uma IST, relativamente aos restantes ($K-W=24,219$; $p<0,001$; $n=528$). A um nível de confiança de 95%, verificou-se que a menor amplitude de variação pertence aos utentes com habilitações entre o 10º ao 12º anos (0,0776), seguindo-se os utentes com ensino superior (0,0822), 7º ao 9º ano (0,189), 5º ao 6º ano (0,324) e instrução primária (0,717), sendo os últimos grupos os menos precisos, consequentemente. Assim, concluiu-se quanto maior a escolaridade, menor o *score* de atitudes, indicando uma atitude de menor risco em utentes com níveis de escolaridade superior, como pode ser observado na tabela 14, apesar de todos os grupos apresentarem uma atitude média de baixo risco. Tais diferenças podem dever-se a uma maior afluência de informação e ao meio sócio-cultural em que se inserem.

Tabela 14: média dos scores de atitudes, face às habilitações literárias

Habilitações literárias	Média do <i>Score</i> Atitudes
Instrução primária (até 4ª classe antiga)	1.55
5º e 6º ano (antigo ciclo)	1.14
7º ao 9º ano (antigo 5º ano)	1.19
10º ao 12º ano (Secundário)	1.08
Ensino superior (Licenciatura, mestrado, doutoramento)	1.05

Quando verificadas as atitudes de prevenção relativamente à **profissão** desempenhada pelos utentes, verificou-se que a população apresentou distribuição normal nas categorias “quadros superiores de administração pública (...)”, “técnicos profissionais de nível intermédio”, “pessoal administrativo e similar”, “operários (...) trabalhadores similares”, “operadores de instalações de máquinas (...)”, reformados e profissionais do sexo. Através do teste de *Levene* (valor teste de *Levene*=2,403; $p=0,007$; $n=511$), foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto à variância, pelo que se optou por utilizar o teste *Kruskal-Wallis*, por incumprimento dos pressupostos de aplicabilidade do teste ANOVA. Após aplicação do teste, verificou-se que pelo menos uma das categorias profissionais apresenta um *score* médio de atitudes mais baixo comparativamente aos restantes, ($K-W=23,143$; $p=0,017$; $n=511$).

Tabela 15: Score médio das atitudes, em função da categoria profissional

Categoria profissional	Média do score de atitudes
Desempregado	1,16
Quadro Superior de Administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	1,08
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	0,98
Técnicos profissionais de nível intermédio	1,12
Pessoal administrativo e similar	1,01
Pessoal de serviços e vendedores	1,13
Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas	-
Operários, artífices e trabalhos similares	1,16
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	1,29
Trabalhadores não qualificados	1,17
Estudantes	1,07
Reformado	0,99
Profissional do sexo	0,96

Pela rejeição da hipótese nula, conclui-se que os utentes que desempenham funções na categoria “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de

moagem” apresentam uma atitude de maior risco, comparativamente às restantes categorias, sendo os profissionais do sexo ($\mu=0,96$), a categoria profissional que apresentou uma atitude de menor risco para contrair uma IST, como pode ser observado na tabela 15. Tais diferenças podem ser explicadas pelas intervenções que se têm realizado neste grupo, visto ser considerado um grupo de risco pelos comportamentos adoptados.

Em relação às atitudes referidas pelos utentes, comparativamente à prática sexuais adoptada, verificou-se que a correlação entre as atitudes e a **idade da primeira relação sexual** apresentou uma correlação linear muito fraca e negativa ($R^2=-0,078$; $p=0,103$; $n=532$), indicando que em média, quando a idade da primeira relação aumenta, diminui o *score* das atitudes. Contudo tais observações não são estatisticamente significativas ($p=0,103$), não se conseguindo excluir a possibilidade de ausência de correlação linear no universo. Porém é de referir, que dos utentes inquiridos com atitudes de risco elevado para aquisição de ISTs, tendem a iniciar a vida sexual mais cedo (15 anos em média), comparativamente, aos utentes com atitudes de risco moderado e baixo (16 e 17 anos de idade, respectivamente).

Relativamente ao **número de parceiros sexuais**, verifica-se que 58% da população concorda que a escolha do parceiro sexual é importante na redução do risco para adquirir uma IST. Destes 36,7% referiu limitar a sua actividade sexual apenas a um parceiro, tendo em conta as possibilidades de “apanhar” uma IST, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=92,482$; $p<0,001$; $n=545$), contudo é uma associação linear moderada ($\rho=0,308$). Dos utentes que responderam que concordavam com a escolha do parceiro e com o limite do número de parceiros, em média tendem a ter um parceiro sexual. Contrariamente, os utentes que apresentam uma média de parceiros sexuais superior ($\mu=3,67$ parceiros), referiram na sua totalidade concordar com a escolha do parceiro sexual, contudo não concordam nem discordam com o limite do número de parceiros sexuais.

Relativamente ao número de parceiros sexuais, verificou-se uma correlação linear muito baixa e negativa, relativamente ao número de parceiros no momento ($R^2=-0,060$; $p=0,189$; $n=485$), nos últimos seis meses ($R^2=-0,002$; $p=0,965$; $n=466$) e ao longo da vida ($R^2=-0,015$; $p=0,772$; $n=371$), porém tais correlações não foram estatisticamente significativas. É de referir que utentes que mostraram atitudes sexuais

de alto risco apresentaram uma média de parceiros sexuais neste momento, superior aos utentes com atitudes de baixo a médio risco, como pode ser observado na tabela 16. Ao passo, que quanto maior o número de parceiros nos últimos seis meses, maior é o *score* médio das atitudes, indicando atitudes de risco mais elevado.

Tabela 16: média de parceiros sexuais, relativamente às atitudes do utente

N.º parceiros sexuais	Atitudes		
	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Agora	1,02	0,95	18,26
Nos últimos 6 meses	2,98	3,05	10,63
Na vida	9,67	-	20,00

Face às atitudes que os utentes apresentaram relativamente ao **tempo de permanência com o actual parceiro**, observou-se uma associação linear fraca ($R^2=0,035$; $p=0,459$; $n=442$) e não estatisticamente significativa. Contudo é de referir que na população em estudo, foram os utentes com atitudes de baixo risco que permaneceram em média menos tempo com o parceiro sexual actual ($\mu=2,04$ anos), relativamente aos utentes com médio ($\mu=3,05$ anos) e alto risco ($\mu=9$ anos).

Quando analisadas as atitudes dos utentes, em função do **uso de preservativo nas várias práticas sexuais adoptadas**, verificou-se que o pressuposto da homogeneidade foi garantido apenas no uso de preservativo na prática de sexo oral (valor do teste de levene=0,190; $p=0,903$; $n=514$) e sexo anal (valor do teste de levene=0,086; $p=0,968$; $n=510$). Com recurso ao teste ANOVA, observou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas, aceitando-se assim a hipótese nula ($F=0,551$; $p=0,648$; $n=514$ e $F=1,552$; $p=0,200$; $n=510$, respectivamente).

No caso da variável *uso de preservativo no sexo vaginal* foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis* por não cumprimento do pressuposto da homogeneidade (valor do teste de levene=3,836; $p=0,010$; $n=507$). Tal como aconteceu com o uso de preservativo na prática de sexo oral e anal, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($K-W=0,911$; $p=0,823$; $n=507$) relativamente ao uso de preservativo na prática de sexo vaginal.

Como pode ser observado na tabela 17, os utentes que referiram nunca ter praticado sexo oral ou anal, tendencialmente mencionaram atitudes com risco mais elevado, comparativamente a quem referiu nunca ter utilizado preservativo.

Contrariamente, os utentes que referiram nunca ter praticado sexo vaginal tenderam a apresentar uma atitude de menor risco comparativamente a quem já praticou, independentemente de ter usado ou não preservativo.

Tabela 17: *score* médio das atitudes, em função do uso de preservativo nas várias práticas sexuais

Uso de preservativo	Prática sexual		
	Sexo oral	Sexo vaginal	Sexo anal
Nunca praticou	1,14	1,06	1,11
Nunca usou preservativo	1,09	1,13	1,12
Usou algumas vezes preservativo	1,08	1,08	1,08
Usou sempre preservativo	1,03	1,09	1,03

Ao ter sido garantido o pressuposto da homogeneidade (*valor de teste levene*=0,722; $p=0,486$; $n=530$), verificou-se através do teste ANOVA, que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre a resposta à afirmação acerca da eficácia do preservativo e as atitudes que cada utente apresentou ($F=2,889$; $p=0,057$; $n=530$). Assim, por aceitação da hipótese nula, concluiu-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas, contudo é de referir que os utentes que concordaram com o preservativo como sendo o método mais seguro na prevenção das ISTs, apresentaram em média uma atitude de menor risco ($\mu=1,08$) para adquirir uma IST, comparativamente aos utentes que não souberam responder ($\mu=1,16$) ou que discordaram com a afirmação ($\mu=1,23$).

Não foi verificado o pressuposto da homogeneidade (valor teste de *levene*=4,725; $p=0,009$; $n=531$), quando analisadas as respostas dadas à questão, *o preservativo deve ser utilizado em todas as práticas sexuais (oral, vaginal, anal) com risco de transmissão*, e as atitudes face às ISTs. Assim, com recurso ao teste *Kruskall-Wallis*, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas ($K-W=5,913$; $p=0,052$; $n=531$), contudo é de referir que em média, os utentes que concordaram com a utilização do preservativo em todas as práticas sexuais, tendem a apresentar uma atitude de menor risco ($\mu=1,06$), comparativamente aos que não souberam ($\mu=1,17$) ou que discordaram com o seu uso ($\mu=1,25$).

Com recurso ao teste de *levene*, aceitou-se a hipótese da igualdade da variância (valor teste *levene*=0,865; $p=0,422$; $n=531$), assim foi utilizado o teste ANOVA,

concluindo-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas ($F=2,254$; $p=0,106$; $N=531$). Contudo, note-se que os utentes que não souberam ou discordaram com o uso de preservativo na prática sexual com parceiros ocasionais, demonstraram uma atitude de maior risco para adquirir uma IST ($\mu=1,26$ e $\mu=1,15$, respectivamente), comparativamente a quem concordou com o seu uso ($\mu=1,08$).

No que concerne aos **meios de transmissão das ISTs**, foi utilizado o teste *kruskal-wallis*, por não ter sido garantido o pressuposto de homogeneidade, quer no contacto com os objectos (valor teste de *levене*=3,201; $p=0,041$; $n=530$), como pelo contacto com os genitais (valor teste de *levене*=5,057; $p=0,007$; $n=530$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas apenas para o contacto com objectos ($K-W=13,447$; $p=0,001$; $n=530$). Assim, verificou-se que as pessoas que não souberam responder, apresentaram uma atitude de maior risco, comparativamente aos utentes que discordaram ou que concordaram com o referido meio.

Relativamente, à transmissão de ISTs por contacto dos genitais, apesar de não se terem observado diferenças estatisticamente significativas é de referir que ($K-W=4,030$; $p=0,133$; $n=531$), que os utentes que discordaram ou que não souberam a resposta, demonstraram tendencialmente uma atitude de maior risco de contrair uma IST, face aos que concordaram, como pode ser visualizado na tabela 18.

Tabela 18: valores de teste das variáveis “atitudes” e meios de transmissão das ISTs

Valores de teste		Meios de transmissão		
		Contacto com objectos	Contacto com os genitais	Transmissão materno-fetal
Teste levene	estatística de teste	3,201	5,057	0,619
	p	0,041	0,007	0,539
kruskal-wallis	F	13,447	4,03	-
	p	0,001	0,133	-
ANOVA	F	-	-	5,558
	p	-	-	0,004
N		530	531	530
Média do score de atitudes	Discordam	1,0674	1,0852	1,09
	Concordam	1,0661	1,0782	1,06
	Não sei	1,2159	1,2639	1,17

Relativamente à transmissão materno fetal verificou-se através do teste ANOVA (por ter sido garantido o pressuposto da homogeneidade, $p=0,539$) diferenças estatisticamente significativas. Concluindo-se, por rejeição da hipótese nula ($F=5,558$; $p=0,004$; $n=530$), que os utentes que concordaram com a transmissão por via materno-fetal apresentaram atitudes de menor risco para adquirir uma IST.

No que concerne aos **sinais e sintomas** foram garantidos os pressupostos de aplicabilidade do teste ANOVA, pelo que após aplicação do teste, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao reconhecimento de feridas ou bolhas como sendo um sintoma de IST ($F=6,604$; $p=0,001$; $n=528$), bem como a presença de disúria ($F=4,806$; $p=0,009$; $n=531$), corrimento ($F=9,718$; $p<0,001$; $n=531$) ou em infecções assintomáticas ($F=9,849$; $p<0,001$; $n=530$), como pode ser observado na tabela 19. Conclui-se que, os utentes que reconheceram os sinais e sintomas de ISTs, tendencialmente manifestaram atitudes de menor risco, comparativamente aqueles que não souberam ou não discordaram com os mesmos.

Tabela 19: valores de teste entre o score de atitudes e as respostas acerca dos sinais e sintomas das ISTs

Meios de transmissão	Teste <i>levene</i>		N	ANOVA		Média do <i>score</i> de atitudes		
	Estatística de teste	<i>p</i>		F	<i>p</i>	Discorda	Concorda	Não sabe
“Feridas ou bolhar/borbulhas”	2,377	0,094	528	6,604	0,001	1,247	1,0635	1,1663
“Ardor ao urinar”	0,772	0,463	531	4,806	0,009	1,101	1,0621	1,1618
“Deitar pus pelo pénis”	2,067	0,128	531	9,718	0,000	1,2878	1,0577	1,1952
“Nem todas as pessoas (...) têm sintomas”	2,168	0,115	530	9,849	0,000	1,2999	1,0602	1,1768

No que concerne às atitudes face às ISTs, relativamente à prevalência de infecção, verificou-se que a distribuição da população não assume um padrão de normalidade, contudo optou-se por prosseguir a análise, pelo número elevado de casos da amostra. Com recurso ao teste *levene*, aceitou-se a hipótese nula (valor de teste=0,328; $p=0,567$; $n=462$), garantindo-se a homogeneidade da variância. Assim, e com recurso ao teste *t*, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t=0,386$; $p=0,700$, $n=462$), concluindo-se que não existem diferenças nas atitudes entre quem está ($\mu=1,10$) ou não infectado ($\mu=1,09$).

Assim, e em termo conclusivo, verificou-se que as atitudes são influenciadas pelas habilitações literárias e conhecimentos que o utente tem acerca da transmissão por contacto com objectos e sinais/sintomas, não se verificando associações estatisticamente significativas entre as atitudes e as práticas que os utentes apresentaram. Por fim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a presença de ISTs e as atitudes, apesar do utente que esteja infectado tendencialmente apresentar mais respostas incorrectas comparativamente aos não infectados.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com a elaboração do presente trabalho foram retiradas algumas conclusões que são um contributo no tema das infecções sexualmente transmissíveis, podendo, ainda dar origem a novas investigações, ou são a confirmação de outras informações já existentes.

Apesar de terem sido cumpridos todos os objectivos do trabalho, é de referir que a falta de tempo, recursos económicos, bem como a colaboração dos utentes, foram aspectos que limitaram e dificultaram a realização do presente trabalho.

Relativamente à execução do primeiro objectivo, tradução, validação e adaptação da escala “*STD attitude Scale*” para a língua portuguesa, não se conseguiu garantir a validade factorial nos vários factores, pelo que se recomendam mais estudos, a fim de obter melhores resultados.

Relativamente aos objectivos seguintes, verificou-se que a maioria da população soube da existência da consulta por intermédio do médico ou enfermeiro, seguindo-se dos amigos ou internet. Os principais motivos de recorrência à consulta foram a presença de sintomas, aconselhamento por outros ou medo de ter uma IST. Pouco mais de metade dos utentes apresentaram queixas, as mulheres referiram mais frequentemente corrimento, ao passo que os homens referiram prurido, corrimento, manchas na região genital ou dor.

Relativamente à prevalência de ISTs, em cada 1.000 utentes observaram-se 331 casos diagnosticados, não existindo associação entre as queixas dos utentes e a prevalência de infecção, exceptuando no caso de condilomas. Contrariamente, existe uma moderada associação entre as alterações observadas por um clínico e o diagnóstico de uma infecção. Apesar de algumas ISTs serem sintomáticas, existe 34,3 vezes maior probabilidade de ser diagnosticado uma ISTs quando algum sinal ou sintoma é observado por um clínico.

Observou-se, ainda, que a população estudada é maioritariamente jovem e sexualmente activa, coincidindo com as características populacionais que são de esperar numa consulta de planeamento familiar e/ou de infecções sexualmente transmissíveis.

A maioria é do género masculino, solteiros e com habilitações ao nível do ensino secundário e superior. Em média, os homens tenderam a ser mais velhos que as mulheres. A maioria dos utentes nasceu em Portugal, Brasil, Angola e Cabo Verde. Contudo, a população estudada é oriunda dos vários continentes, sendo a maioria residente no distrito de Lisboa e Setúbal.

A nível profissional, a população ocupa cargos muito diversos, desde os quadros superiores, a profissões não qualificadas, desempregados, estudantes, reformados e profissionais do sexo. Da população empregada, na sua maioria pertencem à categoria de pessoal de serviço e vendedores.

Como referido por Santos; Azevedo e Cardoso (2007), a diversidade da consulta poder-se-á justificar em dois aspectos. O primeiro pelas mudanças que estão a acontecer em Portugal a nível sócio-económico e político. O segundo pela fácil acessibilidade à consulta, incluindo utentes indocumentados. Contudo, pela nova reforma do governo e pela mudança da política de acessibilidade à consulta, poder-se-á esperar uma alteração das características populacionais da mesma e a redução do número de utentes que a ela recorre.

No que respeita às práticas sexuais, soube-se que em média os utentes iniciaram a sua actividade sexual aos 16,85 anos. 90% da população não tinha parceiro sexual ou tinha apenas um parceiro no momento do estudo, permanecendo com o mesmo há 2,25 anos em média. Grande parte dos utentes refere ter praticado sexo oral, vaginal e anal, sendo a prática de sexo oral referido mais frequentemente pelos utentes e o sexo anal a menos frequente.

A maior parte da população é heterossexual (67,8%). Dos restantes utentes, 24,4% têm sexo com pessoas do mesmo género e 6,3% têm sexo com pessoas de ambos os géneros. Relativamente aos utentes que referiram ter relações com pessoas do mesmo género ou ambos os géneros, verificou-se que maioritariamente foram do género masculino e tenderam a ter um maior número de parceiros sexuais. A maioria dos utentes que referiram ter relações com pessoas do mesmo género é nascida em Portugal ou noutros países tropicais, particularmente no Brasil. Os utentes que referiram ter relações com ambos os géneros relataram em maior frequência utilizar preservativo. Contudo, verificou-se um uso inconsistente do mesmo em todos os utentes, justificando

que não gostavam de usar, tinham a certeza que o parceiro não está infectado ou que não tinham ou não se lembraram no momento.

Apesar da maioria dos utentes concordar com o preservativo como sendo um método mais seguro na prevenção das ISTs, uma percentagem significativa considerou, ou não soube que o DIU, a pílula, a procura de alterações genitais prévia às relações sexuais ou a micção após as mesmas, são métodos ineficazes na prevenção das ISTs. Os utentes que tenderam a discordar ou não saber que o preservativo é o método mais seguro e que deve ser usado em todas as práticas sexuais ou com parceiros ocasionais ou múltiplos, tenderam a mostrar atitudes de maior risco para contrair uma IST, comparativamente aos que concordaram com os mesmos.

De acordo com os factores de risco apontados pela OMS, também neste estudo se verificou que a prática de sexo anal e relacionamentos mais curtos, tendem a aumentar o risco de infecção. Quem referiu praticar sexo anal, teve um risco mais elevado (1,7) de contrair uma infecção, relativamente a quem não o praticou. Da mesma forma, os utentes não infectados tenderam a ter um relacionamento mais duradouro que os utentes infectados.

Pelo que foi documentado até ao momento, verificou-se que as características populacionais da consulta se mantêm, no que respeita às características sócio-económicas e práticas sexuais. Contudo, observa-se um aumento considerável do número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, apesar da maioria dos utentes concordar correctamente que o risco de contrair uma IST aumenta com cada novo parceiro sexual.

No que respeita às características da população em geral, relativamente às características populacionais dos utentes que recorreram à consulta e entraram no estudo, verificou-se que estes últimos foram consideravelmente mais jovens, do género masculino, com maior número de indivíduos solteiros e com habilitações literárias superiores ao ensino secundário, inclusive, sendo os homens o género mais literato.

A principal fonte de conhecimentos sobre a temática apontada pelos utentes foi o médico ou enfermeiro, seguido de amigos ou internet. Desta forma, salienta-se o papel de acções de educação para a saúde com apoio aos técnicos de saúde nas escolas, em presença física ou meio informático, a fim de corrigir conhecimentos e incutir boas práticas nos jovens. Recomenda-se, ainda, o incentivar os jovens a solicitar ajuda aos

vários meios disponíveis (enfermeiro, médico, CAD, IDT e linha de apoio à sexualidade) em caso de dúvidas, aconselhamento ou comportamentos de risco, já que 75,9% dos utentes concorda que se sentiria seguro em procurar ajuda médica, caso não tivesse certeza de ter uma IST.

Com o presente trabalho, concluiu-se também que a maioria da população apresenta bons conhecimentos acerca da temática, podendo dever-se ao investimento realizado por todos os projectos desenvolvidos a nível nacional. Em particular saliento o trabalho desenvolvido pela equipa de saúde da consulta do centro de saúde da Lapa, médicos e enfermeiros, pela disponibilidade apresentada em todos os momentos em que o utente se encontra com os mesmos (consulta de aconselhamento, consulta médica e sala de colheita de sangue ou tratamento), uma vez que no momento da realização dos questionários, o utente já tinha recorrido, anteriormente, à consulta de aconselhamento ou consulta médica.

Apesar de 76,5% dos utentes concordarem que nem todas as pessoas doentes têm sintomas, verifica-se que 36,9% da população considerou que a procura de *“alterações nos genitais (pénis/vagina) sugestivos de ISTs antes do sexo é ineficaz”*. Aquando do diagnóstico de ISTs, a maioria considera que pode manter as relações sexuais, sendo um aspecto a salientar aquando da consulta médica, conjuntamente com o incentivo do preservativo em todas as práticas e os vários meios de transmissão.

Verificou-se que os utentes mais velhos têm maior percepção que o preservativo é o método mais eficaz. Contudo, consideram que a procura de alterações nos genitais e a pílula podem proteger contra as ISTs. Sendo os mais jovens a discordarem com a procura de ajuda médica, dever-se-iam criar alternativas para que a ajuda chegue livremente aos jovens, bem como a criação de consultas com filosofias semelhantes em outros pontos do país.

Relativamente às diferenças entre os géneros, verificou-se que os homens tenderam a iniciar a sua vida sexual mais cedo; a permanecer menos tempo com o parceiro actual; a ter mais parceiros sexuais e a apresentar maior prevalência de infecção (412 casos em cada 1.000 utentes do género masculino), comparativamente às mulheres (332 casos em cada 1.000 utentes do género feminino). Os homens tenderam a discordar com maior frequência acerca do preservativo na prática de sexo com parceiros ocasionais, ao passo que as mulheres referiram com maior frequência que o DIU não

protege contra ISTs. Contrariamente aos homens, as mulheres referiram em maior percentagem que utilizaram preservativo na prática sexo vaginal e menos uso na prática de sexo oral.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que os utentes solteiros apresentam maior número de parceiros sexuais e que referiram desconhecer com maior frequência que as “*borbulhas/feridas*” ou disúria são sintomas de ISTs.

Parece que quanto maior a escolaridade, menor é o risco para adquirir uma IST. No presente estudo, verificou-se, contudo, que os utentes mais literatos tenderam a ter mais parceiros sexuais, porém apresentaram uma atitude de menor risco. Os utentes menos literatos tenderam a considerar a transmissão de ISTs por meio de vias incorrectas, como contacto pele a pele, contrariamente os utentes mais literatos consideram a via sexual exclusiva, não considerando outros meios de transmissão, como por exemplo a materno-fetal.

Relativamente ao país de nascimento, verificou-se que os nascidos em Portugal apresentaram maior percentagem de infecção. Contrariamente, os utentes de leste não apresentaram nenhuma infecção, referiram menor número de parceiros sexuais e concordaram com abstinência sexual durante o tratamento. Os utentes nascidos em países africanos, referiram em maior percentagem que o preservativo é o método mais seguro em práticas com mais de um parceiro sexual e na sua maioria referiram utilizar sempre preservativo (conjuntamente com os nascidos na categoria “restantes países”). Os portugueses e os utentes nascidos na categoria “outros países tropicais” e “restantes países” referiram ter praticado sexo anal mais frequentemente.

Face à situação profissional dos utentes verificou-se que os profissionais do sexo (conjuntamente com o pessoal administrativo ou similar) referiram utilizar sempre preservativo na prática de sexo anal, sendo esta categoria profissional, a que apresentou uma atitude de menor risco para contrair uma IST. Estes resultados podem dever-se ao trabalho de muitas entidades que intervêm nesta comunidade, visto serem considerados um grupo de risco por todos os factores de risco inerentes a ele.

Dos 170 utentes que entraram no estudo e a quem foi diagnosticado uma IST, os estudantes foram o grupo com maior percentagem de infecção, correspondendo a 23,5% da totalidade de utentes infectados (40/170). Contudo, é de referir que 61,3% dos utentes desempregados que participaram no estudo estavam infectados com uma IST,

correspondendo ao grupo com maior prevalência de infecção (613 casos em cada 1.000 utentes desempregados). Desta forma, é importante continuar a intervir nas escolas, a fim de motivar os estudantes a limitar a mudança de parceiro sexual e a utilizar preservativo, não só na prática de sexo anal, como em todas as outras práticas sexuais. Também é importante manter os incentivos e intervenções nos profissionais do sexo. Aponta-se ainda a necessidade de intervir na comunidade desempregada, pois o aumento da taxa de infecção pode dever-se à recorrência da prática de sexo comercial, tal como tem sido notícia em muitos jornais, onde os desempregados tendem a comercializar o corpo a fim de subsistir à crise financeira e económica que o país atravessa. (166; 167; 168)

Concluiu-se, com este estudo, que os conhecimentos tenderam a influenciar as atitudes, porém tanto as atitudes, como os conhecimentos não se associam estatisticamente com a prática de prevenção e a prevalência de ISTs, apesar de em algumas situações, os utentes com menos conhecimentos ou com atitudes de maior risco, apresentarem maior percentagem de infecção. Desta forma, há que manter (no mínimo) o investimento que tem sido feito. A criação de outras consultas com a mesma filosofia, seria positiva e uma mais-valia para toda comunidade. Os princípios da educação para a saúde deverão orientar quaisquer abordagens junto dos grupos populacionais.

BIBLIOGRAFIA

- (1). RODRIGO, F. Guerra; MAYER-DA-SILVA, A - **Doenças transmitidas sexualmente - DTS: Dermatologia e Venerologia**. Lisboa : Lidel, 2003.
- (2). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Introduction to STI Prevention and Control. In "Training Modules for the Syndromic Management of Sexually Transmitted Infections". 2ª Edição. Genébra: Publicações OMS, 2007. Vol. 1.
- (3). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Orientações para o tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Genébra : Publicações da OMS, 2005.
- (4). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Regional strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2009-2015**. [Online] Genébra: OMS, 2008. [Consult. 26 de Agosto de 2010.] Disponível na internet: <http://www.emro.who.int/rc55/media/pdf/EMRC5506En.pdf>.
- (5). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates**. [Online] Genébra: OMS, 2001. [Consult. 26 de Agosto de 2010.] Disponível na internet: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_HIV_AIDS_2001.02.pdf.
- (6). J.A.J., JAAP [et. Al] - Syphilis surveillance in Portugal, 2000-2005. European Journal of Dermatology. [Online] Vol 19: n.º3 (2009) p. 275-276. [Consult. 28 de Agosto de 2010.] Disponível na internet: <http://www.jle.com/en/revues/medecine/ejd/e-docs/00/04/49/6E/article.phtml>.
- (7). DIRECCÇÃO DE SERVIÇOS DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA DA SAÚDE. Divisão de epidemiologia - **Doenças de declaração obrigatória 2004-2008: Estatísticas**. Lisboa : Direcção-geral da Saúde, 2010.
- (8). GUERRA RODRIGUES, F. [et. Al.] - **Infecções e Infestações cutâneas**. Lisboa : LIDEL - Edições técnicas, Lda, 2007.

- (9). MINISTÉRIO DA SAÚDE E SECRETARIA DE PROJECTOS ESPECIAIS DE SAÚDE & COORDENAÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS - **Manual de Controlo das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**. 3ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1999.
- (10). CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **Sexually Transmitted Diseases: Treatment Guidelines, 2010**. [Online] Vol. 59 , 17 de Dezembro de 2010. [Consult. 22 de Março de 2011.] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf>. N.º RR-12.
- (11). RIBEIRO, Maria Isabel; FERNANDES, António - Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. Psicologia, Saúde & Doença. [Online] Vol. 10: n.º 1, (2009) p. 99-103. [Consult. 27 de Setembro de 2011.] Disponível em <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2122/1/sexo.pdf>.
- (12). TERKI, Fatiha; MALHOTRA, Usha - Reproductive tract infections and sexually transmitted infections. In "Medical and services delivery guidelines for sexual and reproductive health services". Londres : International Planned Parenthood Federation, 2004, pp. 297-338.
- (13). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Educating and counsellin the patient. In "Training Modules for the Syndromic Management of Sexually Transmitted Infections". 2ª ed. Genébra: Publicações OMS, 2007. Vol. 5.
- (14). BORREGO, Maria José - Haverá razão para haver investigação em Infecções sexualmente transmissíveis?: Forum Sexo, género e Saúde XXI. [Online] Lisboa: Sentidos e sensações, 2009. [Consult. 2 de Agosto de 2011] Disponível em http://www.forumsexogenerosaude.net/docs/ActasFSGSXXI_MJBorrego.pdf.

- (15). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Management of Sexually Transmitted Infections: Report of an Intercountry Workshop**. New Delhi : World Health Organization - Regional Office for South-East Asia, 2001.

- (16). SCHRYVER, A.; MEHEUS, A. - Epidemiology of sexually transmitted diseases: the global picture. Bulletin of the World Health Organization. [Online] Vol. 65/n.º5. (1990) pp. 639-654 [Consult. 4 de Fevereiro de 2011] Disponível na internet: http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1990/Vol68-No5/bulletin_1990_68%285%29_639-654.pdf

- (17). NOGUEIRA, Ana; LISBOA, Cármen; AZEVEDO, Filomena - Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Parte II - Abordagem Sindrómica. Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venerologia. Lisboa: sublinhado. Vol. 68: n.º4, (2010).

- (18). HANDSFIELD, H. Hunter - **Atlas das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2ª ed. Miraflores : Eumédica, edições médicas, 2002.

- (19). BRILL, John R - Diagnosis and Treatment of Urethritis in Men. American Family Physician. Vol. 81: N.º7 (2010) pp. 873-878.

- (20). BANCROFT, Jonh - **Human Sexuality and its problems**. London : Elsevier Science Limited, 2002.

- (21). BRITISH ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH AND HIV - 2007 UK National Guideline on the Management of Nongonococcal Urethritis. BAASH. [Online] Londres: BASHH Secretariat: Royal Society of Medicine, 2008. [Consult. 18 de Maio de 2011] Disponível na internet: www.bashh.org/documents/1955.

- (22). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Diagnosis and Treatment. In "Training Modules for the Syndromic Management of Sexually Transmitted Infections". 2ª ed. Genébra : Publicações OMS, 2007. Vol. 4.

- (23). ADIMORA, Adaora A. [et. Al.] - Sexually Transmitted Diseases: Companion Handbook. 2ª ed. EUA : McGraw-Hill International editions, 1994.
- (24). FERRAZ, Luis - Doenças Sexualmente Transmissíveis. Acta Médica Portuguesa: Revista Científica da ordem dos médicos. Lisboa: CELOM. Vol. 12: n.º1-3 (1999).
- (25). COSTA, João Borges [et. Al.] - Úlceras genitais causadas por Infecções Sexualmente Transmissíveis: Atualização do diagnóstico e terapêuticas, e a sua importância na pandemia do VIH. Acta médica portuguesa: revista científica da ordem dos médicos. Lisboa: CELOM. Vol. 19: n.º1 (2006).
- (26). FRENCH, Patrick [et. Al.] - 2008 European Guideline on the Management of Syphilis. [Online] Londres: Camden Primary Care Trust and University College London, 2008. [Consult. 22 de 03 de 2011.] Disponível na internet: <http://www.iusti.org/regions/Europe/IUSTI%20syphilis%20guideline%202008.pdf>.
- (27). PINA, António Paula Brito da - A50 e A51 - Sífilis: Congénita e precoce. [Online] [s.l.]: Portal de saúde pública (2005). [Consult. 20 de 03 de 2011.] <http://www.saudepublica.web.pt/04-prevencaodoenca/dtdomanual/sifi.htm>.
- (28). DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICAS DA SAÚDE - DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA. **Doenças de Declaração obrigatória: 2004-2008**. Lisboa : Direção Geral da Saúde, 2010.
- (29). CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION - STD: diseases characterized by genital, anal, or perianal ulcers. [Online] Atlanta: CDC Home, 2011. [Consult. 29 de Março de 2011.] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/genital-ulcers.htm#granuloma>.
- (30). RICHENS, John - United Kingdom national guideline for the management of Donovanosis (Granuloma inguinale) 2011. BASHH. [Online] Londres: BASHH

Secretariat - Royal Society of Medicine. Janeiro de 2011. [Consult. 30 de Março de 2011] Disponível na internet: <http://www.bashh.org/guidelines>.

- (31). HAGOP, S. Akiskal, M. D. [et Al.] - Doenças de Transmissão Sexual. In "Manual Merck: Saúde para a família". Loures: Oceano Grupo editorial, 1989.
- (32). RADCLIFFE, Keith - European STD Guideline. International Journal of STD & AIDS. Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Limited. Vol. 12 (2001).
- (33). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sexually Transmitted Diseases: Herpes Simplex type 2. [Online] Genébra: Publicações OMS, 2011. [Consult. 4 de Abril de 2011] disponível na internet: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_std/n/index3.html#virology.
- (34). BRITISH ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH AND HIV. National Guideline for the Management of Genital Herpes. [Online] Londres: BASHH Secretariat - Royal Society of Medicine, 2007. [Consult. 4 de Abril de 2011.] Disponível na internet: <http://www.bashh.org/documents/115/115.pdf>.
- (35). CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION - Genital Herpes: CDC fact sheet. [Online] Atlanta: CDC Home, 2007. [Consult. 4 de Abril de 2011.] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/Herpes/Herpes-Fact-Sheet-lowres-2010.pdf>.
- (36). CARDOSO, Jorge; SANTOS, Irene; AZEVEDO, Jacinta - **Doenças Sexualmente Transmissíveis: 25 perguntas frequentes em Dermatologia**. Lisboa : Permanyer Portugal, 2003.
- (37). ESTEVES, Juvenal A., [et Al.] - **Dermatologia**. 2ª ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1992.
- (38). WESTHEIMER, Ruth Karola; LOPATER, Sanford. **Human Sexuality: a psychosocial perspective**. Estados Unidos da América: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

- (39). PATEL, Rajul; [et. Al.] - European guideline for the management of genital herpes 2010. [Online] Reino Unido: IUSTI, 2010. [Consult. 4 de Abril de 2011.] http://www.iusti.org/regions/Europe/Euro_Guideline_2010_herpes.pdf.
- (40). ROSS, Jonathan; [et Al.] - Sexually Transmitted Infections: UK National Screening and Testing Guidelines. [Online] Londres: BASHH Secretariat - Royal Society of Medicine, 2006. [Consult. 5 de Abril de 2011] Disponível na internet <http://www.bashh.org/documents/59/59.pdf>.
- (41). DYCK, E. Van; MEHEUS, A.Z.; PIOT, P. - **Laboratory diagnosis of Sexually transmitted diseases**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1999.
- (42). MARRAZZO, Jeanne; [et. Al.] - **The practitioner's handbook of the management of STDs**. 4ª ed. Seattle: Seattle STD/HIV Prevention Training Center University of Washington, 2007.
- (43). KEMP, Michael; [et. Al.] - 2010 European guideline for the management of chancroid. [Online] 2010. [Citação: 7 de Abril de 2011.] http://www.iusti.org/regions/europe/Euro_Guideline_Chancroidrev_2010.pdf.
- (44). INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS - LGV in MSM: Patient information leaflet. [Online] Reino Unido: IUSTI, 2010. [Consult. 7 de Abril de 2011] Disponível na internet http://www.iusti.org/regions/europe/PIL_LGV.pdf.
- (45). PLAZA, Jose Antonio; ELSTON, Dirk M - Dermatologic Manifestations of Lymphogranuloma Venereum. [Online] [s.l.]: WebMD LLC, 2 de Setembro de 2009. [Consult. 11 de Abril de 2011.] Disponível na internet: <http://emedicine.medscape.com/article/1054340-overview#showall>.
- (46). CASTRO, R.; [et. Al.] - Lymphogranuloma venereum serovar L2b in Portugal. International Journal of STD & AIDS. Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd. Vol. 21 (2010).

- (47). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Lymphogranuloma Venereum (LGV). [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, 2010. [Consult. 5 de Abril de 2011.] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/509lgy-eng.pdf>.
- (48). VRIES, HJC de; MORRÉ, SA; WHITE, JA. - 2010 European Guideline on the Management of Lymphogranuloma Venereum. [Online] Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd, 2010. [Consult. 11 de Abril de 2011.] Disponível na internet: http://www.iusti.org/regions/europe/Euro_guideline_LGV_2010.pdf.
- (49). JUNIOR, Walter Belda; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir - Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Vol. 84 (2009) pp. 151-159.
- (50). BIJ, Akke K. Van der; [et. Al.] - Diagnostic and Clinical Implications of Anorectal Lymphogranuloma Venereum in Men Who Have Sex with Men: A Retrospective Case-Control Study. Clinical Infectious Diseases. [Online] Arlington: Infectious Diseases Society of America. Vol. 42: n.º 2 (2006) pp. 186-194. [Consult. 10 de Abril de 2011.] Disponível na internet: <http://cid.oxfordjournals.org/content/42/2/186.full.pdf+html>.
- (51). PENNA, Gerson Oliveira; HAJJAR, Ludhmila Abrahão; BRAZ, Tatiana Magalhães. Gonorréia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Brasília: [s.n.]. Vol. 5: n.º3 (2000) pp. 451-464.
- (52). MORSE, Stephen A. - Neisseria Moraxella, Kingella and Eikenella. In BARON, Samuel - Medical Microbiology. Galveston : The University of Texas Medical Branch at Galveston, 1996. Capítulo 14.
- (53). DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE. Divisão de Epidemiologia - **Doenças de declaração obrigatórias 2002-2006: Regiões e Sub-regiões de Saúde no Continente e Regiões Autónomas**. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2007.

- (54). BIGNELL, Chris. Draft United Kingdom National Guideline for the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults 2010. [Online] Londres: BASHH Secretariat - Royal Society of Medicine, 2010. [Consult. 22 de Março de 2011] Disponível na internet: www.bashh.org/documents/3105.
- (55). BIGNELL, C. - 2009 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults. International Journal of STD & AIDS. [Online] Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd Vol. 20: n.º7 (2009) pp. 453-457. [Consult. 21 de Março de 2011.] Disponível na internet: <http://ijsa.rsmjournals.com/cgi/reprint/20/7/453>.
- (56). PINA, António Paula Brito de - A54 - Infecções Gonocócicas. [Online] [s.l.]: Portal de saúde pública (2005). [Consult. 16 de Maio de 2011.] Disponível na internet: <http://www.saudepublica.web.pt/04prevencaodoenca/dtdomanual/gon.htm>.
- (57). ISON, Catherine A. - Laboratory methods-in genitourinary medicine: Methods of diagnosing gonorrhoea. Genitourinary medicine. 1990, Vol. 66: n.º6, pp. 453-459.
- (58). KENT, Charlotte K.; [et. Al.] - Prevalence of rectal, urethral and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco - California 2003. Clinical Infectious Disease. Arlington: Infectious Diseases Society of America. Vol. 41: n.º 1 (2005) pp. 67-74.
- (59). BRADSHAW, Catriona S. [et. Al.] - Etiologies of Nongonococcal Urethritis: Bacteria, Viruses, and the Association with Orogenital Exposure. The Journal of Infectious Diseases. Arlington: Infectious Diseases Society of America. Vol. 193: n.3 (2006) pp. 336-345.
- (60). CASTRO, Cláudio [et. Al.]. Detecção de Chlamydia trachomatis em homens militares com queixas clínicas de uretrites. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Vol. 12: n.º3 (2000), pp. 4-11.

- (61). KNOTT, Laurence. *Non-Gonococcal Urethritis (NGU)*. [Online] Inglaterra: EMIS. 2007 de Julho de 31. [Consult. 17 de Maio de 2011] Disponível na internet: <http://www.patient.co.uk/pdf/pilsL359.pdf>.
- (62). LANJOUW, E.; [et. Al.] - European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. [Online] Reino Unido: IUSTI, 2010. [Consult. 17 de Maio de 2011] Disponível na internet: http://www.iusti.org/regions/europe/Euro_Guideline_Chlamydia_2010.pdf.
- (63). EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - Chlamydia on the rise in Europe: new ECDC report on sexually transmitted infections. [Online] Suécia: ECDC, 26 de Maio de 2011. [Consult. 25 de Agosto de 2011] Disponível na internet: http://ecdc.europa.eu/en/press/news/Lists/News/ECDC_DisForm.aspx?List=32e43ee8-e230-4424-a783-85742124029a&ID=434&RootFolder=%2Fen%2Fpress%2Fnews%2FLists%2FNews.
- (64). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Chlamydial Infections. [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, Janeiro de 2010. [Consult. 17 de Maio de 2011.] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/502chlamydiaeng.pdf>.
- (65). MARQUES, Carlos A. S.; MENEZES, Maria Luiza B. - Infecção genital por Chlamydia trachomatis e esterilidade. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Vol. 17: n.º1 (2005), pp. 66-70.
- (66). STARY, A. Management of specific infections: European guideline for the management of chlamydial infection. International Journal of STD & AIDS. Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd. Vol. 12: suplemento 2 (2001), pp. 30-33.
- (67). CASARI, Erminia: [et. Al.] - Gardnerella, Trichomonas vaginalis, Candida, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in the genital discharge of symptomatic fertile and asymptomatic infertile women. New microbiologica. N.º 33 (2010), pp. 69-79.

- (68). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Vaginal Discharge (Bacterial Vaginosis, Vulvovaginal Candidiasis, Trichomoniasis). [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, 2008. [Consult. 3 de Junho de 2011.] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/408vagdis-eng.pdf>.
- (69). MENEZES, Maria Luiza B; FAÚNDES, Aníbal E - Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. Jornal Brasileiro das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Vol. 16: n.º1 (2004) pp. 38-44.
- (70). CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - BACTERIAL VAGINOSIS. CDC Fact Sheet. [Online] Atlanta: CDC Home, Dezembro de 2007. [Consult. 6 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/bv/BV-Fact-Sheet.pdf>.
- (71). SHERRARD, Jackie; DONDEERS, Gilbert; WHITE, David - 2011 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge. [Online] Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd, 2001. [Consult. 17 de Maio de 2011] Disponível na internet: http://www.iusti.org/regions/europe/Euro_Guidelines_Vaginal_Discharge_2011.Intl_Jrev.pdf.
- (72). BRITISH ASSOCIATION OF SEXUAL HEALTH AND HIV - United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis. [Online] Londres: BASHH Secretariat - Royal Society of Medicine, 2007. [Consult. 8 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- (73). MEYER, Ernest A - Other Intestinal Protozoa and Trichomonas Vaginalis. In BARON, Samuel - Medical Microbiology. Galveston: University of Texas Medical Branch at Galveston, 1996. Capítulo 80.
- (74). SANTOS, Irene; AZEVEDO, Jacinta; CARDOSO, Jorge - A consulta de doenças sexualmente transmissíveis do centro de saúde da Lapa: Caracterização da população utente e padrão epidemiológico. Sociedade Portuguesa de

Dermatologia e Venerologia. Lisboa: Sublinhado. Vol. 65: n.º 3 (2007), pp. 378-380.

- (75). ZAKI, Maysaa El Sayed; [et. Al.] - Correlation of Trichomonas vaginalis to bacterial vaginosis: a laboratory-based study. Journal of infection in developing countries. Vol. 4: n.º 3 (2010) pp. 156-163.
- (76). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Infections. [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, Janeiro de 2010. [Consult. 22 de Março de 2011.] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/seciii-eng.pdf>.
- (77). MILLER, Karl E. Diagnosis and Treatment of Chlamydia trachomatis Infection. American Family Physician. Vol. 73: n.º 8 (2006), pp. 1411-1416.
- (78). ELEUTÉRIO, Renata Mirian Nunes; [et. Al.] - Cervicite por Chlamydia trachomatis em Mulheres Sexualmente Ativas Atendidas em um Serviço Privado de Ginecologia na Cidade de Fortaleza. RBAC. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Vol. 39: n.º 4 (2007) pp. 287-290.
- (79). CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION - CDC Grand Rounds: Chlamydia Prevention: Challenges and Strategies for Reducing Disease Burden and Sequelae. Morbidity and Mortality Weekly Report. Vol. 60: n.º 12 (2011) pp. 370-373.
- (80). HANDSFIELD, H. Hunter - Nongonococcal Urethritis: A few answers but mostly questions. The Journal of Infectious Diseases. [Online] Vol. 193: n.º 3 (2006) pp. 333-335. [consult. 18 de Maio de 2011] Disponível na internet: <http://jid.oxfordjournals.org/content/193/3/333.full.pdf+html>.
- (81). BUCK, Jr Henry W - Warts (genital). Clinical Evidence. [Online] Vol. 8: n.º 1602 (2007) pp. 1-20 [Consult. 14 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/seh/1602/1602-2007-08.pdf>.

- (82). ECDC - Factsheet for the general public on cutaneous warts. [Online] Suécia: ECDC, 2010. [Consult. 15 de Junho de 2011] Disponível na internet: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/human_papillomavirus_infection/basic_facts.
- (83). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Genital Human Papillomavirus (HPV) Infections. [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, 2008. [Consult. 16 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/505hpv-vph-eng.pdf>.
- (84). CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Sexually transmitted diseases: treatment guidelines 2006 - genital warts. [Online] Atlanta: CDC Home, 2007. [Consult. 14 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/genital-warts.htm>.
- (85). KROGH, G. Von; [et. Al.] - Management of specific infections: European guideline for management of anogenital warts. International Journal of STD & AIDS. Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd. Vol. 12: n.º suplemento3 (2001) pp. 40-47.
- (86). TARNAUD, Chloé; [et. Al.] - Clinical Study - Association of Low-Risk Human Papillomavirus Infection with Male Circumcision in Young Men: Results from a Longitudinal Study Conducted in Orange Farm (South Africa). Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. [s.l.]: Hindawi Publishing Corporation. Vol. 2011 (2011).
- (87). COMISSÃO TÉCNICA DE VACINAÇÃO - **Programa Nacional de Vacinação (PNV), Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano: Texto de apoio à Circular Normativa nº 22 /DSCS/DPCD de 17 de Outubro de 2008**. Lisboa : Direcção Geral de Saúde, 2008.
- (88). CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Human Papillomavirus: HPV Information for Clinicians. [Online] Atlanta: CDC Home,

2007. [Consult. 14 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/hpv/common-clinicians/ClinicianBro-br.pdf>.

- (89). TRAVASSOS, Ana Rita; [et. Al.] - Molusco conatagioso - Epidemiologia e opções terapêuticas. Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venerologia. Lisboa: Sublinhado. Vol. 68: n.º 4 (2010) pp. 527-535.
- (90). CLINICAL EFFECTIVENESS GROUP - United Kingdom National Guideline on the Management of Molluscum Contagiosum (2007). [Online] Londres: BASHH Secretariat - Royal Society of Medicine, 15 de Fevereiro de 2008. [Consult. 14 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.bashh.org/documents/26/26.pdf>.
- (91). MOLINA, Luciana; ROMITI, Ricardo - Molusco contagioso em tatuagem. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Vol. 86: n.º2 (2011) pp. 352-354.
- (92). SIM, Ji Hyun; LEE, Eun-So - Molluscum Contagiosum Presenting as a Cutaneous Horn. Annals of Dermatology. Coréia: The Korean Dermatological Association. Vol. 23: n.º 2 (2011) pp. 262-263.
- (93). COSTA, J. Borges da; AZEVEDO, Jacinta; SANTOS, Irene - Sexually transmitted infection and related sociodemographic in Lisbon's major Veneroly Clinic: a descriptive study oh the first 4 nonths of 2007. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. França: ISI Journal Citation Reports. Vol. 74, (2010) pp. 811-814.
- (94). PEREIRA, B.; [et. Al.] - Novas infecções sexualmente transmissíveis em doentes seropositivos para HIV. Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venerologia. Lisboa: Sublinhado. Vol. 64: n.º 3 (2006) pp. 347-354.
- (95). SILVERBERG, Janiene D. Luke; NANETTE B. Vertically Transmitted Molluscum contagiosum Infection. Pediatrics. [Online] Vol. 125: n.º 2(2010)

pp. 423-425. [Consult. 16 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/2/e423.full.html>.

- (96). IANHEZ, Mayra; [et. Al.] - Padrões dermatoscópicos do molusco contagioso: estudo de 211 lesões confirmadas por exame histopatológico. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Vol. 86: n.º 1 (2001) pp. 74-79.
- (97). ELEFThERIOU, Lydia I.; KERR, Sarah C.; STRATMAN, Erik J - Diagnosis of Atypical Molluscum Contagiosum: The Utility of a Squash Preparation. Clinical Medicine & Research. Marshfield: Marshfield Clinic. Vol. 9: n.º1 (2010) pp. 50-51.
- (98). MACHADO, Raquel Bozzetto; [et. Al.] - Molusco contagioso em crianças: tratamentos comparativos. Surgical & Cosmetic Dermatology. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Vol. 2: N.º 4 (2010) pp. 272-275.
- (99). SEO, Sang-Hee; [et. Al.] - An Open, Randomized, Comparative Clinical and Histological Study of Imiquimod 5% Cream Versus 10% Potassium Hydroxide Solution in the treatment of Molluscum Contagiosum. Annals of Dermatology. Coréia: The Korean Dermatological Association. Vol. 22: N.º 2 (2010) pp. 156-162.
- (100). SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTRETEROLOGIA. O que é? Hepatite C. [Online] Lisboa: Sociedade portuguesa de gastroenterologia, 2006. [Consult. 22 de Junho de 2011] Disponível na internet: http://www.apecf.com.pt/ficheiro/conteudo/pdfs/APEF_20080912103024_Oquee_VHC.pdf.
- (101). HEATHCOTE, J.; [et. Al.] - WGO Practice Guidelines: Gerenciamento da Hepatite Viral Aguda. [Online] Milwaukee: World Gastroenterology Organisation, 2003. [Consult. 22 de Junho de 2011] Disponível na internet: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/acute_viral_hepatitis_management_pt.pdf.

- (102). MINISTÉRIO DA SAÚDE - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - **Doenças infecciosas e parasitárias: Aspectos clínicos, vigilância epidemiológica e medidas de controle - Guia de bolso**. 2^a ed. Brasília : Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde, 2000.
- (103). HEATHCOTE, J.; [et. Al.] - Guias Práticas da Organização Mundial de Gastroenterologia: Hepatite B. [Online] Milwaukee: World Gastroenterology Organisation, 2008. [Consult. 22 de Junho de 2011] Disponível na internet: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/12_hepatitis_b_pt.pdf
- (104). ECDC TECHNICAL REPORT - Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. [Online] Estocolmo: ECDC, 2010. [Consult. 30 de Junho de 2011] Disponível na internet: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101012_TER_HepBandC_survey.pdf
- (105). FRIED, M.; TYTGAT, G. N. J.; KRABSHUIS, J. H. - World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Vacinação para Hepatite B. [Online] Milwaukee: World Gastroenterology Organisation, 2008 [Consult. 25 de Junho de 2011] Disponível na internet: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/hepatitis_b_vaccination_pt.pdf.
- (106). MOREIRA, Teresa; AREIAS, Jorge - Hepatite B crónica: Normas de orientação clínica. Sociedade Portuguesa de gastroenterologia. [Online] Vol. 16 (2008) pp. 187-191. [Consult. 1 de Julho de 2011] Disponível na internet: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ge/v16n5/v16n5a03.pdf>.
- (107). LOK, Anna S. F.; MCMAHON, Brian J. - Chronic Hepatitis B. Hepatology. [Online] Vol.45: n.º 2 (2007) pp. 507-539. [Consult. 23 de Junho de 2011.] Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.21513/pdf>.

- (108). STRAUSS, Edna - Hepatite C. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Brasil: **Sociedade Brasileira de Medicina Tropical - SBMT**. Vol. 34: n.º1 (2001) pp. 69-82.
- (109). CLINICAL EFFECTIVENESS GROUP. United Kingdom National Guideline on the Management of the Viral Hepatitides A, B & C 2008. [Online] Londres: BASHH Secretariat - Royal Society of Medicine, 2008. [Consult. 25 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- (110). CRUZ, A.; LIMA, S. C.; COTTER, J - Dupla hepatite aguda por vírus da Hepatite C. Jornal Português de Gastreenterologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia. Vol. 13 (2006) pp. 287-290.
- (111). STRADER, Doris B.; [et. Al.] - AASLD practice guideline: Diagnosis Management and Treatment of Hepatitis C. Hepatology. Virginia: the American Association for the Study of Liver Diseases. Vol. 39: n.º 4 (2004) pp. 1147-1171.
- (112). THORVALDSEN, Johannes - European guideline for testing for HIV infection. International Journal of STD & AIDS. Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd . Vol. 12: n.º7 (2001) pp. 7-13.
- (113). CLUMECK, Nathan; [et. Al.] - Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV-infected Adults in Europe - Version 5-3. [Online] [s.l.]: EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY, 2009. [Consult. 12 de Julho de 2011] Disponível na internet: <http://www.isigrp.com/isia/updf.jsp?c=115787&y=2011&f=03-08gild.pdf&s=5KXDG4ztdOJEXLyCnSy2BA==>.
- (114). HENRIQUES, Ana [et. Al.] - Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção VIH/SIDA. [Online] Lisboa: Cordenção Nacional para a infeção VIH/SIDA, 2011. [Consult. 12 de Julho de 2011] Disponível na internet: <http://www.sida.pt>.

- (115). COLLIS, Tarquin K.; CELUM, Connie L. - Clinical Infectious Diseases. The Clinical Manifestations and Treatment of Sexually Transmitted Diseases in Human immunodeficiency Virus–Positive Men. Clinical Infectious Diseases. Arlington: Infectious Diseases Society of America. Vol. 32 (2001) pp. 611-622.
- (116). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Human Immunodeficiency Virus Infections. [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, 2008. [Consult. 22 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/508hiv-vih-eng.pdf>.
- (117). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Ectoparasitic infestations. [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, 2008. [Consult. 22 de Junho de 2011.] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/503ectopara-eng.pdf>.
- (118). SCOTT, G. R. - European guideline for the management of scabies: Management of specific infections. International Journal of STD & AIDS. Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd. Vol. 12 (2001) pp. 58-61.
- (119). CERRI, Carlos R. - Doenças sexualmente transmissíveis: pediculose da púbis. [Online] Brasil: DST, 2011 [Consult. 22 de Julho de 2011] Disponível na internet: <http://www.dst.com.br/pag07.htm>.
- (120) SCOTT, G. R -. European guideline for the management of pediculose pubis International Journal of STD & AIDS. Reino Unido: Royal Society of Medicine Press Ltd. Vol.12 (2011).
- (121). VILLELA, Wilza; SANEMATSU, Marisa. Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. [Online] São Paulo: Instituto Patrícia Galvão - Comunicação e Mídia, 2003. [Consult. 2 de Setembro de 2011.] Disponível na internet: http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf

- (122). DUNKLE, Kristin; [et. Al.] Gender-based violence and HIV infection among pregnant women in Soweto: a technical report to the Australian agency for international development. [Online][s.l.]: AusAID, 2003. [Consult. 2 de Setembro de 2011] Disponível na internet: <http://www.mrc.ac.za/gender/women.pdf>
- (123). UNAIDS - The public health approach to STD control: UNAIDS Technical Update. [Online] Geneva: UNAIDS, 1998. [Consult. 2 de Setembro de 2010] Disponível na internet: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub04/std/controltu_en.pdf
- (124). CDC. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2001. [Online] Atlanta: CDC Home, 2002. [Consult. 2 de Setembro de 2011] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm>.
- (125). MATOS, Margarida Gaspar de; [et. Al.] - **Indicadores de Saúde dos adolescentes portugueses: relatório preliminar HBSC 2006**. Lisboa : Aventura Social & Saúde, 2006.
- (126). MATOS, Margarida Gaspar de; [et. Al.] - **Indicadores de Saúde dos adolescentes portugueses: relatório preliminar HBSC 2010**. Lisboa : Aventura Social & Saúde, 2010.
- (127). AZEVEDO, Jacinta - Infecções sexualmente Transmissíveis. Sexualidade & Planeamento Familiar. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento Familiar. N.º 50/51 (2008) pp. 43-45.
- (128). RÖNN, Minttu M.; WARD, Helen - The association between Lymphogranuloma venereum and HIV among men who have sex with men: systematic review and meta-analysis. BMC Infectious Diseases. [Online] Vol.11: n.º70 (2011) pp.1-8. [Consult. 23 de Abril de 2011] Disponível na internet: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/70>.

- (129). UNITED STATES AGENCY INTERNATIONAL DEVELOPMENT. Sumário de conteúdo - USAID: prevenção de HIV/IST e preservativos. [Online] Washington: U.S. Agency for International Development, 2005. [Consult. 10 de Abril de 2011] Disponível na internet: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACF819.pdf
- (130). DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Circular Normativa Nº: 22/DSCS/DPCD de 17/10/08.** Lisboa : Ministério da Saúde, 2008.
- (131). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Chancroid. [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, 2010. [Consult. 7 de Abril de 2011.] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/501chancr-eng.pdf>.
- (132). CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. LGV: CDC fact sheet. [Online] Atlanta: CDC Home, 2007. [Consult. 11 de Abril de 2011] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/lgv/LGV-Fact-Sheet.pdf>.
- (133). DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Circular normativa Nº:08/DT de 21/12/2005.** Lisboa : Ministério da Saúde, 2005.
- (134). PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Hepatitis B Virus Infections. [Online] Canadá: Public Health Agency of Canada, 2008. [Consult. 25 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/507hepb-eng.pdf>.
- (135). POMBO, Vitor. *Sexualidade e infeções sexualmente transmissíveis (IST).* Coimbra : Quarteto, 2003. pp. 257-281 (Vol. A sexologia: perspectiva multidisciplinar). Vol. 2
- (136). Psicologia/A psicologia como ciência/Conceito de comportamento. [Online] [s.l.]: wikilivros-livros abertos para um mundo aberto, 2010. [Consult. 11 de Agosto de 2011] Disponível na internet: http://pt.wikibooks.org/wiki/Psicologia/A_psicologia_como_ci%C3%A2ncia/Conceito_de_comportamento.

- (137). LOPEZ, Felix; FUERTES, António - **Para compreender a sexualidade**. Lisboa : Associação para o planeamento familiar, 1999.
- (138). MORISSETTE, D; GIMBRAS, M. - **Como ensinar atitudes: planificar, intervir, avaliar**. Lisboa : Edições Asa, 1994. (Coleção Práticas pedagógicas).
- (139). NETO, Félix - **Psicologia social**. Lisboa : Universidade aberta, 1998. Vol. 1.
- (140). REIS, Marta; MATOS, Margarida Gaspar de - Contraceção em jovens universitários portugueses. Análise Psicológica. Vol. 26: n.º 28 (2008) pp. 71-79.
- (141). MATOS, Margarida Gaspar de; REIS, Marta; EQUIPA DA AVENTURA SOCIAL. **Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior: relatório preliminar do estudo 2010**. Lisboa : CMDT/IHMT/UNL, 2010.
- (142). Centro de Rastreio Anónimo da infecção por VIH de Lisboa: divulgação é insuficiente. Jornal Médico de Família. Lisboa: Médico de Família. N.º 26 (2002).
- (143). SANTOS, Irene; AZEVEDO, Jacinta. Consulta de IST no Centro de Saúde da Lapa: Possibilidade de elaboração de Tese de mestrado no Centro de Saúde da Lapa. [Entrevista]. Lisboa, 10 de Setembro de 2010.
- (144). SANTOS, Irene - Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Possibilidade de implementação do estudo na consulta de DST no Centro de Saúde da lapa*. [Entrevista] Lisboa, 25 de Setembro de 2010.
- (145). CONSULTA CENTRO DE SAÚDE DA LAPA - *Condições de acesso*. [Lisboa: s.n., 2011] (Lisboa: Lith. de Portugal). 1 cartaz.
- (146). PORTARIA n.º 839-A/2009 de 31 de Julho. In "D.R. I Série". N.º 147 (31 Julho 2009) pp.4978 (1-124).
- (147). DECRETO-LEI n.º 173/2003 de 1 de Agosto. In " D.R. I Série". N.º 176 (1 de Agosto de 2003) pp. 4537-4538.

- (148). PORTARIA n.º 349/96 de 8 de Agosto. In " D.R. I Série". N.º183 (8 de Agosto de 1996) pp. 2412-2413.
- (149). CARDOSO, Jorge Alberto dos Santos. Portugal 2000: à Descoberta de Desafios Partilhados na Luta Contra a SIDA. [Online] [s.l.]: I Congresso Virtual HIV/AIDS, 2000. [Consult. 5 de Agosto de 2011] Disponível na internet: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=30&CommID=28.
- (150). HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew - **Investigação por questionário**. Lisboa : Edições Sílabo, 2002.
- (151). VIANA, Helena Brandão; MADRUGA, Vera Aparecida - Directrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. Revista digital. [Online] Vol.12: n.º 116 (2008) [Consult. 13 de Outubro de 2010] Disponível na internet: <http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacao-cultural-de-escalas-psicometricas.htm>
- (152). PESTANA, Maria Helena; GAGUEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. 5ª ed. Lisboa : Edições sílabo, 2008.
- (153). VALLEJO, Pedro Morales; SANZ, Belén Urosa; BLANCO, Ángeles Blanco. **Construcción de escalas de actitudes tipo lickert: una guía práctica**. Madrid e Salamanca: La muralla, S.A. e Hespérides, 2003. (Coleção cuadernos de estadística). Vol. 26
- (154). YARBER, William L.; TORABI, Mohammad R.; VEENKER, C. Harold. - STD Attitude Scale. In CLIVE M. Davis; [et. Al.] - Handbook of sexuality: Related Measures. Londres: Sage publications, 1997.
- (155). YARBER, William L. - STD Health Behavior Knowledge Test. In CLIVE M. Davis [et. Al.] - Handbook of sexuality: Related Measures. Londres: Sage publications, 1997.

- (156). MARÔCO, João. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações**. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2010.
- (157). BOLLEN, K. **Structural Equations with Latent Variables**. Nova York: John Willey & Sons, 1989.
- (158). OLIVEIRA, A. Gouveia. **Bioestatística, epidemiologia e investigação: teorias e aplicação**. Lisboa: Lidel, 2009.
- (159). CHILD AND ADOLESCENT HEALTH RESEARCH UNIT - **HBSCI - Inequalities in young people's health: health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey**. Escócia : The University of Edinburgh, 2008.
- (160). TÁVORA-TAVIRA, Luís; [et. Al.]. Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto Epi-Migra. Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde. Lisboa: ACIDI. Vol. 1 (2007) pp. 129-139.
- (161). INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Censos 2011: resultados provisórios**. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2011
- (162). DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Direcção de serviços de informação e análise. *Prevalência de Doenças Sexualmente Transmitidas no estabelecimento prisional de Tires em Lisboa*. Saúde em Números. Vol. 14:n.º4 (1999), pp. 30-32.
- (163) WOLF, Ronni; MATZ, Hagit; ORION, Edith - Dermatites de Contato (Parte 2). [Online] [s.l.]: Copyright Medcenter, 2011. [Consult. 21 de Outubro de 2011] Disponível na internet: <http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?id=22066&langType=1046>.
- (164) PUBLIC HEALTH AGENCY - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections: Primary Care and Sexually Transmitted Infections. [Online Canadá: Public Health Agency of Canada, 2010. [Consult. 5 de Abril de 2011.]

Disponível na internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/secii-eng.pdf>.

- (165). MATOS, Margarida Gaspar de [et. Al.] - Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior: Relatório do estudo - dados nacionais de 2010. [Online] Lisboa: Aventura Social, 2010. [Consult. 28 de Novembro de 2011] Disponível na internet: http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036_Relatorio_HBSC_SSREU.pdf
- (166). Crise: prostituição aumenta em Portugal. [Online] [s.l.]: Impresa Publishing, 2011. [Consult. 30 de Novembro de 2011] Disponível na internet: <http://www.movimentomilenio.com/2011/10/crise-prostituicao-aumenta-em-portugal/>
- (167). Prostituição aumenta entre mulheres casadas e com filhos. [Online] [s.l.]: SOL, 2011. [Consult. 30 de Novembro de 2011] Disponível na internet: http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=30958
- (168). BAIÃO, Ana - Crise: prostituição aumenta em Portugal. Expresso Impresa Publishing S.A. . [Online] [s.l.]: Expresso Impresa Publishing S.A., 2011. [Consult. 30 de Novembro de 2011.] Disponível na internet: <http://aeiou.expresso.pt/crise-prostituicao-aumenta-em-portugal=f680246>.
- (169). Eurotials - Consultores científicos. Boletim informativo: Saúde em mapas e números. *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Setembro de 2001, Vol. 6.
- (170). A.MCLEAN, Catherine; STONER, Bradley P.; WORKOWSKI, Kimberly A. - Treatment of Lymphogranuloma Venereum. Clinical Infectious Diseases. [Online] Vol.44: n.º suplemento 3 (2007) pp. 147-152. [Consult. 10 de Abril de 2011] Disponível na internet: http://cid.oxfordjournals.org/content/44/Supplement_3/S147.full.pdf+html.
- (171). BRADSHAW, Catriona S.; [et. Al.] - Azithromycin Failure in Mycoplasma genitalium Urethritis. Emerging Infectious Diseases. Atlanta: CDC Home. Vol. 12: n.º7 (2006), pp. 1149-1142.

- (172). Oxford Handbook of Genitourinary Medicine, HIV, and Aids. [autor do livro] Richard Pattman, et al. *Chlamydia trachomatis infections*. s.l. : Oxford University Press, 2005.
- (173). HAGGERTY, C. L.; [et. Al.] - Clinical characteristics of bacterial vaginosis among women testing positive for fastidious bacteria. Sexually Transmitted Infections. Londres: **Sexually Transmitted Infections Editorial Office**. Vol. 85: n.º 4 (2009) pp. 242-248.
- (174). CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Pelvic Inflammatory Disease (PID) - CDC Fact Sheet. [Online] Atlanta: CDC Home, 2011. [Consult: 6 de Junho de 2011] Disponível na internet: <http://www.cdc.gov/std/pid/STDFact-PID.htm>
- (175). CARMO, H.; FERREIRA, M. **Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem**. Lisboa : Universidade aberta, 1998.
- (176). ANTÃO, Celeste da Cruz; BRANCO, Maria Augusta. Percepção da saúde em alunos do ensino superior: atitudes e comportamentos promotoras da Saúde. Revista de Psicologia. N.º 1, 2011, Vol. 3.
- (177). BUSS, David - Selecção dos parceiros em humanos. American scientist. [Online] Vol. 73 (1985) [Consult. 17 de Outubro de 2011] Disponível na internet: <http://www.pet.vet.br/puc/selecaodeparceiros.pdf>

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: composição da escala e valores de teste-reteste e alfa de cronbac	54
Tabela 2: matriz dos pesos para estimar os scores dos factores a partir dos itens	62
Tabela 3: distribuição dos utentes face às habilitações literárias e à idade	65
Tabela 4: média do número de parceiros, face à idade	68
tabela 5: nível de significância do teste de levene da orientação sexual, relativamente à idade da primeira relação sexual e o número de parceiros sexuais.....	70
Tabela 6: motivo de uso ou desuso de preservativo nas várias práticas sexuais	74
Tabela 7: teste qui-quadrado da questão, todas as pessoas podem “apanhar” uma ist, e os dados sócio- demográficos e a orientação sexual	81
Tabela 8: respostas às perguntas acerca dos meios de transmissão	82
Tabela 9: valores do teste qui-quadrado face aos meios de transmissão, respectivamente aos dados sócio- demográficos e orientação sexual	83
Tabela 10: distribuição da população face à concordância das afirmações acerca dos sintomas	84
Tabela 11: valores de qui-quadrado, para testar a dependência entre o estado de infecção e a presença de sintomas	88
Tabela 12: valores de qui-quadrado, no que respeita aos conhecimentos acerca do preservativo, relativamente aos dados sócio-demográficos	92
Tabela 13: percentagem de resposta às questões relativamente aos meios de prevenção das ISTs.....	95
Tabela 14: média dos scores de atitudes, face às habilitações literárias	105
Tabela 15: <i>score</i> médio das atitudes, em função da categoria profissional.....	105
Tabela 16: média de parceiros sexuais, relativamente às atitudes do utente	107
Tabela 17: <i>score</i> médio das atitudes, em função do uso de preservativo nas várias práticas sexuais.....	108
Tabela 18: valores de teste das variáveis “atitudes” e meios de transmissão das ISTs.....	109
Tabela 19: valores de teste entre o score de atitudes e as respostas acerca dos sinais e sintomas das ISTs	110

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1: sequência de comportamento sexual.....	41
Imagem 2: modelo simplificado da escala “ <i>STD attitude scale</i> ”	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: distribuição da população face à idade e ao género	62
Gráfico 2: distribuição da população face ao país de nascimento	63
Gráfico 3: distribuição da população relativamente ao grau de ensino.....	65
Gráfico 4: uso do preservativo nas várias práticas sexuais	73
Gráfico 5: evolução das ISTs de 1998 a 2011.....	75
Gráfico 6: evolução da população de utentes que recorrem à consulta nos períodos de 1993-1995; 2005-2006 e 2011	79
Gráfico 7: sintomas referidos pelo utente face ao género	87

ANEXOS

ANEXO 1: AGENTES ETIOLÓGICOS VS INFECÇÃO/DOENÇA

Grupo	Agente etiológico	Infecção/ Doença
Bactérias	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis, proctite, colite e enterite.
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia, uretrite gonocócica, cervicite mucopurulenta, epidimite, proctite, colite, enterite e conjutivite neonatal.
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretrite não gonocócicas, Linfogranuloma venéreo, uretrite, epidimite, cervicite mucopurulenta, Síndrome de Reiter, proctite, colite, enterite, conjutivite neonatal.
	<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancróide (úlceras mole ou cancro mole)
	<i>Mycoplasma hominis</i>	Vaginose bacteriana, uretrite não gonocócica
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginose bacteriana
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretrite não gonocócica
	<i>Klebsiella granulomati</i>	Donovanose
Vírus	Vírus de Imunodeficiência Humana, 1 e 2 (VIH -1, VIH-2)	VIH Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)
	Virús <i>Herpes simplex</i> , tipo 1 e 2 (VHS-1, VHS-2)	Herpes genital, cervicite mucopurulenta, proctite, colite e enterite.
	Vírus <i>Molluscum contagiosum</i> (VMC)	Molusco contagioso
	Vírus do papiloma Humano (HPV)	HPV/Condiloma acuminado
	Vírus da Hepatite A	Hepatite viral A
	Vírus da Hepatite B	Hepatite viral B
	Vírus da Hepatite C	Hepatite viral C
Parasitas	Vírus da Hepatite D	Hepatite viral D
	Vírus da Hepatite E	Hepatite viral E
	<i>Cytomegalovirus</i> (CMV)	
Protozoários	<i>Phthirus pubis</i>	Pediculose púbica
	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase, uretrite não gonocócica.

Adaptado de: Schryver & Maheus (1990)⁽¹⁶⁾, Ferraz (1999)⁽²⁴⁾, Handsfield (2002)⁽¹⁸⁾,
Rodrigo, Silva & Almeida (2007)⁽⁸⁾

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO



Estudo sobre conhecimentos, atitudes de prevenção na área das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

QUESTIONÁRIO

N.º: _____

Este questionário é anónimo. Não escreva o seu nome em nenhuma das páginas!

Dados pessoais:	
<p>Idade: _____ anos</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher</p> <p><input type="checkbox"/> Estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro</p> <p><input type="checkbox"/> União facto</p> <p><input type="checkbox"/> Casado</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo</p> <p>Em que país nasceu? _____</p> <p>Se não nasceu em Portugal, há quantos anos está em Portugal? _____ Anos</p> <p>Concelho onde reside: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Habilitações literárias:</p> <p><input type="checkbox"/> Instrução Primária (até 4ª classe antiga)</p> <p><input type="checkbox"/> 5º e 6º ano (antigo ciclo)</p> <p><input type="checkbox"/> 7º ao 9º ano (antigo 5º ano)</p> <p><input type="checkbox"/> 10º ao 12º ano (Secundário)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)</p>	
<p>Onde adquiriu os conhecimentos sobre IST's?</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Médico/enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____</p>	<p>Como teve conhecimento desta consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Médico/enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p>(especifique): _____</p>
<p>Porque vem à consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho sintomas</p> <p><input type="checkbox"/> Fui contactado pelo médico</p> <p><input type="checkbox"/> Aconselhado a vir</p> <p><input type="checkbox"/> Medo de ter IST</p> <p><input type="checkbox"/> Outro motivo (especifique): _____</p>	<p>Tem sintomas actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se sim, que sintomas tem?</p> <p><input type="checkbox"/> Corrimento</p> <p><input type="checkbox"/> Ferida</p> <p><input type="checkbox"/> Comichão</p> <p><input type="checkbox"/> Manchas</p> <p><input type="checkbox"/> Dor</p> <p><input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____</p>
<p>Já procurou outras consultas anteriormente pelo mesmo motivo que o trouxe aqui?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>Se sim, há quanto tempo? _____ dias/meses/anos</p> <p>(risque o que não interessa)</p>
<p>Já teve alguma IST? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	

<p align="center">PARTE I</p> <p><i>Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação. Marque com “X” o quadrado que melhor descreve o quanto discorda ou concorda com a afirmação.</i></p> <p><i>Sabendo que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Parceiro sexual:</i> Pessoa com quem tem relação sexual; • <i>IST: Infecção Sexualmente Transmissível, também chamada Doença Sexualmente Transmissível (DST) ou doenças venéreas.</i> 		Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1	A maneira como cada um vive a sua sexualidade, não tem nada a ver com as ISTs.					
2	Os métodos de prevenção para reduzir as possibilidades de “apanhar” uma IST são fáceis de usar.					
3	Ter sexo responsável, é uma das melhores maneiras de reduzir o risco de “apanhar” uma IST.					
4	Obter assistência médica cedo é a chave principal de prevenir os efeitos nocivos das ISTs.					
5	Escolher o parceiro sexual correcto é importante na redução do risco de “apanhar” uma IST.					
6	Uma alta taxa de ISTs na população deve ser uma preocupação para todas as pessoas.					
7	Uma pessoa com IST tem o dever de levar o seu parceiro sexual para atendimento médico.					
8	A melhor maneira do seu parceiro sexual obter o tratamento correcto para uma IST, é levá-lo ao médico consigo.					
9	Uma vez descoberta uma IST, é necessária uma mudança de hábitos sexuais.					
10	Eu não gostaria de ter que seguir as indicações médicas para tratar uma IST, caso estivesse doente.					
11	Sendo sexualmente activo, sinto-me desconfortável em tomar cuidados antes e depois das relações sexuais para prevenir uma IST.					
12	Sendo sexualmente activo, seria um insulto, se o meu parceiro(a) sugerisse usarmos preservativo para evitar uma IST.					
13	Eu não gosto de falar sobre ISTs, com os meus amigos.					
14	Sentir-me-ia inseguro(a) em consultar um médico, se não tiver a certeza de ter uma IST.					
15	Acho que deveria levar o meu parceiro sexual comigo a um médico, se eu achasse que tinha uma IST.					
16	Sendo sexualmente activo(a), seria embaraçoso discutir uma IST com o parceiro.					
17	Se eu for ter relações sexuais, a possibilidade de “apanhar” uma IST faz-me ficar preocupado(a) em ter sexo posteriormente com outras pessoas.					
18	Eu gosto da ideia da abstinência sexual (sem sexo) como a melhor maneira de evitar uma IST.					
19	Se eu tivesse uma IST, eu iria cooperar com os profissionais de saúde pública para encontrar a pessoa que me transmitiu a infecção de transmissão das ISTs.					
20	Se eu tivesse uma IST, evitava expor os outros enquanto estou a ser tratado(a).					
21	Eu realizaria exames de ISTs regulares, se eu fosse ter relações sexuais com mais de uma pessoa.					
22	Eu tenciono procurar sinais de ISTs, antes de decidir ter relações sexuais com alguém.					
23	Vou limitar a minha actividade sexual a apenas um parceiro, tendo em conta as possibilidades de “apanhar” uma IST.					
24	Eu vou evitar o contacto sexual sem preservativo, todas as vezes que ache que há uma pequena possibilidade de “apanhar” uma IST.					
25	A possibilidade de “apanhar” uma IST não me impede de ter relações sexuais sem preservativo.					
26	Se eu tivesse possibilidade, iria apoiar os esforços da comunidade para controlar a transmissão de ISTs.					
27	Estou disposto a trabalhar com os outros, para tornar as pessoas conscientes dos problemas das ISTs, na minha cidade.					

<p align="center"><u>PARTE II</u></p> <p>Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação. Marque com “X” a sua resposta.</p> <p>Sabendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parceiro sexual: Pessoa com quem tem relação sexual • IST: Infecção Sexualmente Transmissível, também chamada Doença Sexualmente Transmissível (DST) ou doenças venéreas. 	Discordo	Concordo	Não Sei
1. Todas as pessoas podem “apanhar” uma IST.			
2. As ISTs podem apanhar-se através do contacto com os objectos (ex: copo, mesa)			
3. Feridas, bolhas/borbulhas nos genitais podem significar uma ISTs.			
4. Quem tem alguma IST, pode manter as relações sexuais.			
5. O preservativo deve ser utilizado em todas as práticas sexuais (oral, vaginal, anal) com risco de transmissão.			
6. Procurar alterações nos genitais (pénis/vagina) sugestivos de ISTs antes do sexo, quase sempre é eficaz.			
7. Quem tem uma relação sexual com parceiro ocasional, deve utilizar preservativo.			
8. Numa mulher grávida, algumas ISTs podem ser transmitidas ao bebé durante o parto.			
9. O preservativo é o método mais seguro para prevenir ISTs.			
10. Urinar (xixi) depois do sexo previne “apanhar” IST.			
11. Nem todas as pessoas doentes com uma IST têm sintomas.			
12. As IST podem apanhar-se por contacto com a pele (ex: cara, braços) sem ter relações sexuais.			
13. Quem tem uma relação sexual desprotegida com parceiro desconhecido, deve procurar um médico.			
14. Ardor enquanto urina pode indicar uma IST.			
15. O preservativo é o método mais seguro para pessoas com mais de um parceiro sexual.			
16. Se não forem tratadas, as IST podem causar Doença Inflamatória Pélvica na mulher (isto é infecção nos órgãos internos da mulher).			
17. O dispositivo intra-uterino (DIU, conhecido também por aparelho) impede ISTs.			
18. Deitar pus pelo pénis pode significar uma IST.			
19. As ISTs apanham-se por contacto com os genitais (vagina, pénis).			
20. Quem tem uma IST, não tem que tomar a medicação até ao fim, se já não tiver sintomas.			
21. A pílula pode prevenir uma IST.			
22. As ISTs “apanham-se” mesmo sem ter relações sexuais.			
23. Algumas ISTs podem causar infertilidade (incapacidade de ter filhos).			
24. O risco de contrair ISTs aumenta com cada novo parceiro sexual.			

PARTE III Complete a resposta ou assinale com "X" a(s) opção(opções) que mais se adequa a si.	
Quantos anos tinha, quando teve a primeira relação sexual? ____ anos	
Quantos parceiros sexuais tem/teve: _____ Se tem parceiro sexual neste momento, há quanto tempo está com este parceiro? Neste momento? _____ dias/meses/anos (risque o que não interessa) Nos últimos 6 meses? _____ Na sua vida? _____	
Alguma vez praticou ... Sexo oral? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Sexo vaginal? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Sexo anal? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Preferência Sexual: <input type="checkbox"/> Tenho relações sexuais com pessoas de género diferente do meu <input type="checkbox"/> Tenho relações sexuais com pessoas do mesmo género do meu <input type="checkbox"/> Tenho relações sexuais com pessoas dos dois géneros <input type="checkbox"/> Sou Transexual </div> <div> Assinale um motivo para ter usado sempre ou algumas vezes o preservativo na prática de sexo oral? <input type="checkbox"/> Evitar transmissão de doenças <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ </div> <div style="margin-top: 20px;"> Se já praticou sexo oral, utilizou preservativo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Só algumas vezes </div> <div> Assinale um motivo para nunca ter usado ou apenas algumas vezes o preservativo na prática de sexo oral? <input type="checkbox"/> Não gosto de usar <input type="checkbox"/> O meu parceiro(a) não gosta de usar <input type="checkbox"/> São caros <input type="checkbox"/> Tenho a certeza que o meu parceiro(a) não tem ISTs <input type="checkbox"/> No momento, não me lembrei <input type="checkbox"/> No momento, não tinha <input type="checkbox"/> Estava sob efeito de álcool/droga <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ </div>
Se já praticou sexo vaginal, utilizou preservativo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Só algumas vezes	<div> Assinale um motivo para ter usado sempre ou algumas vezes o preservativo na prática de sexo vaginal? <input type="checkbox"/> Evitar gravidez <input type="checkbox"/> Evitar transmissão de doenças <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ </div> <div style="margin-top: 20px;"> Assinale um motivo para nunca ter usado ou apenas algumas vezes o preservativo na prática de sexo vaginal? <input type="checkbox"/> Não gosto de usar <input type="checkbox"/> O meu parceiro(a) não gosta de usar <input type="checkbox"/> São caros <input type="checkbox"/> Tenho a certeza que o meu parceiro(a) não tem ISTs <input type="checkbox"/> No momento, não me lembrei <input type="checkbox"/> No momento, não tinha <input type="checkbox"/> Estava sob efeito de álcool/droga <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ </div>
Se já praticou sexo anal, utilizou preservativo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Só algumas vezes	<div> Assinale um motivo para ter usado sempre ou algumas vezes o preservativo na prática de sexo anal? <input type="checkbox"/> Evitar transmissão de doenças <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ </div> <div style="margin-top: 20px;"> Assinale um motivo para nunca ter usado ou apenas algumas vezes o preservativo na prática de sexo anal? <input type="checkbox"/> Não gosto de usar <input type="checkbox"/> O meu parceiro(a) não gosta de usar <input type="checkbox"/> São caros <input type="checkbox"/> Tenho a certeza que o meu parceiro(a) não tem ISTs <input type="checkbox"/> No momento, não me lembrei <input type="checkbox"/> No momento, não tinha <input type="checkbox"/> Estava sob efeito de álcool/droga <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ </div>

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 3: AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA

Ana Abreu

De: Yarber, William Lee [yarber@indiana.edu]
Enviado: segunda-feira, 22 de Novembro de 2010 13:55
Para: 'Ana Abreu'
Assunto: RE: Permission to translate the scales: "STD attitude Scale" and "STD Knowledge Test"

Ana,
Yes, I give you permission to use the scale you mention in your email. Good luck on your real neat study and please let me know your findings.
Bill Yarber

-----Original Message-----

From: Ana Abreu [mailto:afabreus@gmail.com]
Sent: Sunday, November 21, 2010 9:12 AM
To: Yarber, William Lee
Subject: Permission to translate the scales: "STD attitude Scale" and "STD Knowledge Test"

Good afternoon,

My name is Ana Filipa Abreu Silva and I work as a nurse at the Barlavento Algarvio Hospital Center (Centro Hospitalar Barlavento Algarvio) in Portimão. I am a professional nurse since 2007 and I am currently attending the Second Master of Tropical Health at the Institute of Tropical Medicine and Hygiene (Instituto de Higiene e Medicina Tropical) at Universidade Nova de Lisboa.

Some months ago, I've requested your permission to translate the scales: "STD attitude Scale" and "STD Knowledge Test" (from the book "Handbook of sexuality: related measures". London: Sage publications (1997)). As my e-mail has been vandalized this month, I no longer have that permission with me. Therefore, I am contacting you to request once more your permission for validation of these scales in a Portuguese population, within my thesis. (My thesis aims to characterize the relationship between the prevalence of Sexually Transmitted Infections and knowledge, attitudes and practices in relation to STI prevention. The queried population are users of IST attendance in the Health Center Lapa between 2010-2011.)

In case you need further informations, I send you my contact details:

- Mail: afabreus@gmail.com <<mailto:afabreus@hotmail.com%7E>>
- Phone: 964538162
- Address: Sitio Vale de Areia, Ferragudo, 8400-275 Lagoa, Algarve, Portugal.

Kind regards,

Ana Abreu Silva

ANEXO 4: FOLHA EXPLICATIVA DO ESTUDO

ESTUDO

Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorrem à consulta de IST no Centro de Saúde da Lapa: relação entre conhecimentos, atitudes, práticas de prevenção e prevalência de IST.

INVESTIGADORES: Ana Filipa Abreu Silva, enfermeira.

ORIENTADOR: Rosa Teodóseo (Médica, MsC, PhD).

INTRODUÇÃO:

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) tem uma alta taxa de prevalência, tornando-a num problema de saúde pública. Podem dar sintomas ou não. Em qualquer uma das situações pode originar graves consequências ou complicações no homem, na mulher e/ou no recém-nascido por transmissão da mãe ao bebé durante a gravidez, no parto ou aleitamento.

Pretendemos realizar um estudo estatístico para caracterizar a relação entre a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e os conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção face às ISTs, em utentes que recorrem à consulta de IST no Centro de Saúde da Lapa em 2011.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é gratuito e serve apenas para colheita de informação.

É independente da consulta. Assim, se estiver doente será da responsabilidade da consulta de DST do Centro de Saúde dar-lhe o devido tratamento e encaminhamento.

As dúvidas sobre o estudo podem ser esclarecidas agora ou através dos contactos abaixo mencionados.

Este estudo foi autorizado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Se aceitar participar terá que preencher um questionário. Todos os participantes devem de entregar um consentimento informado.

Pode sempre desistir do estudo em qualquer momento, dando o número do questionário, através dos contactos abaixo mencionados.

CONFIDENCIALIDADE:

Algumas perguntas são delicadas, do foro íntimo, pelo que se pode sentir incomodado. Mas garantimos que os questionários são tratadas de forma anónima e confidencial, pois:

1. Os questionários apenas têm um número e são selados em envelope;
2. Não têm nenhuma identificação sua;
3. Os questionários ficam apenas na posse do investigador;
4. A médica da consulta é a única a conhecer a relação entre nome, n.º do questionário e o estar ou não doente;
5. A médica deverá fornecer a relação do n.º do questionário, e estar ou não doente, ao investigador.

Contactos:

Email: estudoist@gmail.com

Telemóvel: 964538162

ANEXO 5: CARTÃO DE DIAGNÓSTICO

N.º : _____

Presença de IST?

☐ SIM ☐ NÃO

Exame objectivo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Lesão genital: |
| <input type="checkbox"/> Corrimento | <input type="checkbox"/> Vulva |
| <input type="checkbox"/> Erupções | <input type="checkbox"/> Vagina |
| <input type="checkbox"/> Adenopatias | <input type="checkbox"/> Colo |
| <input type="checkbox"/> Lesão extragenital | <input type="checkbox"/> Glânde |
| <input type="checkbox"/> Lesão perianal | <input type="checkbox"/> Prepúcio |

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO
CENTRO DE SAÚDE NA LAPA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Fui informado(a) que:

- Pretendem realizar um estudo estatístico sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, nos utentes que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa;
- A participação neste estudo é grátis, não implicando qualquer pagamento;
- Ao aceitar participar no estudo, devo preencher o questionário que me entregaram e devolvê-lo à investigadora. A médica assistente informará o investigador do diagnóstico, com a condição de não haver qualquer identificação.
- Posso desistir do estudo sempre que eu ache conveniente, e sem qualquer consequência.
- O acompanhamento médico é da responsabilidade da consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa.

Sei o que está escrito neste consentimento e aceito todas as condições, porque o li e compreendi. Declaro participar no estudo voluntariamente.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante: _____

ANEXO 7: PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA
DO IHMT

Ana Abreu

De: Gilles Dussault [gillesdussault@ihmt.unl.pt]
Enviado: terça-feira, 18 de Janeiro de 2011 10:47
Para: Ana Abreu
Cc: Rosa Teodósio
Assunto: RE: Pedido de parecer pelo Comité de Ética para implementação de estudo.
Anexos: Parecer Ana Abreu Silva 17-01-2011.doc

Bom dia Ana

Anexo o parecer do Conselho de Ética que inclui recomendações que podem ser facilmente integradas no protocolo.

Melhores cumprimentos

Gilles Dussault
Presidente
Conselho de Ética do IHMT

De: Ana Abreu [afabreus@gmail.com]
Enviado: sábado, 18 de Dezembro de 2010 16:22
Para: Gilles Dussault
Assunto: Re: Pedido de parecer pelo Comité de Ética para implementação de estudo.

Bom dia, Prof. Dr.ª Giles

Muito obrigado!

Aguardo, então uma resposta.
Cumprimentos,
Ana Abreu

No dia 16 de Dezembro de 2010 05:41, Gilles Dussault
<gillesdussault@ihmt.unl.pt<<mailto:gillesdussault@ihmt.unl.pt>>> escreveu:
Bom dia Ana

Confirmo a recepção de pedido de parecer. vamos responder em brece.

Melhores cumprimentos

Gilles Dussault
Presidente do Conselho de Ética

De: Ana Abreu [afabreus@gmail.com<<mailto:afabreus@gmail.com>>]
Enviado: sexta-feira, 10 de Dezembro de 2010 12:17
Para: Gilles Dussault
Assunto: Pedido de parecer pelo Comité de Ética para implementação de estudo.

Caro Exmo. Presidente do Conselho de Ética Professor Doutor Gilles Dussault,

ANA FILIPA ABREU SILVA, enfermeira no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, aluna do II Mestrado em Saúde Tropical, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa, vem, por este meio, solicitar a V. Exa. a apreciação pelo Comité de Ética o projecto de investigação para implementação do estudo “Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa: relação entre Conhecimentos, Atitudes e Práticas de prevenção e a prevalência de IST” conducente a realização da sua tese de mestrado, orientado pela Professora Doutora Rosa Teodósio.

O estudo tem como objectivo caracterizar a relação entre a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção face às ISTs, em utentes que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa em 2011, pelo que seria aplicado um questionário auto-preenchido aos utentes enquanto aguardam consulta na sala de espera. A participação é voluntária. Os questionários serão anónimos e manter-se-á a confidencialidade e a privacidade.

Em consulta, o utente entrega à médica assistente uma ficha com um número correspondente ao do questionário. Posteriormente, os diagnósticos serão fornecidos ao investigador. A correspondência nome - diagnóstico, será apenas do domínio da médica assistente.

Apenas participarão no estudo os utentes que assinem o consentimento informado, tenham mais de 18 anos, saibam ler e escrever, e não demonstrem alterações cognitivo-comportamentais.

Em anexo é enviado o projecto de investigação incluindo, um exemplar do questionário, ficha de diagnóstico e do consentimento informado.

Cumprimentos,
Ana Abreu

Ana Filipa Abreu Silva
Sitio Vale de Areia Ferragudo, 8400-275 Ferragudo
964538162
afabreus@gmail.com<<mailto:afabreus@gmail.com>><<mailto:afabreus@gmail.com>><<mailto:afabreus@gmail.com>><<mailto:afabreus@gmail.com>>>

Parecer sobre Protocolo de Estudo

Título: “Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa: relação entre conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção e aprevalência de IST”

Submetido por Ana Filipa Abreu Silva, enfermeira no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e aluna do II Mestrado em Saúde Tropical do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, no âmbito da sua tese de mestrado.

A Comissão de Ética do IHMT considera que o estudo é genericamente válido e justificado do ponto de vista ético mas recomenda algumas alterações.

1. Relativamente aos instrumentos de recolha de dados, a forma como foram considerados poderá criar dúvidas na interpretação e análise dos dados, pelo que se aconselha a sua potencial reformulação e que, à semelhança da “*STD attitude scale*”, também as partes do questionário relativas aos “dados sócio-demográficos e comportamentais” e aos “conhecimentos da problemática” sejam sujeitas a pré-teste.
2. No que concerne ao método de colheita de dados não é explícito quem o distribui, quem o recolhe e quem tem acesso às respostas. Por outro lado, deverá ser garantida a independência entre o estudo e a consulta para que o potencial participante não se sinta coagido a participar ou a omitir informação que não queira que seja do conhecimento dos profissionais de saúde da consulta. Sugere-se, e.g., a colocação dos questionários em envelope fechado que será depositado em urna.
3. Não é claro quem explica o objectivo do estudo aos utentes da consulta e, por outro lado, o consentimento informado é manifestamente pouco esclarecedor quanto ao mesmo. Assim, recomenda-se que o consentimento informado inclua, para além da folha do consentimento a ser assinada e entregue, uma primeira folha que é entregue ao participante e da qual consta a apresentação do estudo. Esta deverá incluir:

1. objectivos, importância e benefícios do estudo;
2. garantia de anonimato/confidencialidade de forma a garantir a privacidade do participante (a atribuição de um número à folha de consentimento informado não garante o anonimato);
3. direito de colocar questões, desistir ou passar uma pergunta;
4. riscos/aspectos negativos da participação;
5. contactos da equipa de investigação.

Lisboa, 17 de Janeiro de 2011

ANEXO 8: PARECER DO ACES 3 – LISBOA CENTRAL

Exma. Senhora
Enf.ª Ana Filipa Abreu Silva
Sítio Vale de Areia Ferragudo
8400-275 Ferragudo
Algarve

P-011/ACES GL III-LC/DE.SJ
Lisboa, 2011.01.07

Assunto: Pedido de autorização para implementação do estudo "Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorram ao Centro de Saúde da Lapa: relação entre Conhecimentos, Atitudes e Práticas de prevenção e a frequência de IST" a todos os utentes que recorram ao Centro de Saúde da Lapa - Consulta de DST.

Tendo presente o pedido elaborado por V. Exa. sobre a matéria levada a título, somos a informar ter merecido aquele mesmo a competente permissão para a sua realização, devendo, agora, V. Exa. contactar a Sr.ª Coordenadora da Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis (URAP-DST), Dr.ª Irene Santo, para estabelecerem o recomendado *modus operandi* deste estudo (Dr.ª Irene Santo, Coordenadora da URAP - Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rua de São Ciro, n.º 36, 1200-831 Lisboa, tel. n.º 213 931 259, Fax n.º 213 930 153, irene.santo@cslapa.min-saude.pt).

Com os nossos melhores cumprimentos,


José d' Almeida Gonçalves
Director Executivo

ANEXO 9: RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DA
“*STD ATTITUDE SCALE*”

Itens		Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1	A maneira como cada um vive a sua sexualidade, não tem nada a ver com as ISTs.	257 47,10%	129 23,60%	43 7,90%	64 11,70%	53 9,70%
2	Os métodos de prevenção para reduzir as possibilidades de “apanhar” uma IST são fáceis de usar.	8 1,40%	27 4,90%	42 7,60%	279 50,50%	196 35,50%
3	Ter sexo responsável, é uma das melhores maneiras de reduzir o risco de “apanhar” uma IST.	7 1,30%	12 2,20%	29 5,20%	141 25,50%	382 69,20%
4	Obter assistência médica cedo é a chave principal de prevenir os efeitos nocivos das ISTs.	7 1,30%	12 2,20%	29 5,20%	204 36,80%	303 54,60%
5	Escolher o parceiro sexual correcto é importante na redução do risco de “apanhar” uma IST.	50 9,10%	93 17%	87 15,90%	172 31,40%	146 26,60%
6	Uma alta taxa de ISTs na população deve ser uma preocupação para todas as pessoas.	8 1,40%	7 1,30%	19 3,40%	185 33,30%	336 60,50%
7	Uma pessoa com IST tem o dever de levar o seu parceiro sexual para atendimento médico.	1 0,20%	8 1,40%	21 3,80%	178 32,20%	345 62,40%
8	A melhor maneira do seu parceiro sexual obter o tratamento correcto para uma IST, é levá-lo ao médico consigo.	5 0,90%	40 7,20%	47 8,50%	210 37,80%	253 45,60%
9	Uma vez descoberta uma IST, é necessária uma mudança de hábitos sexuais.	15 2,70%	35 6,30%	62 11,20%	195 35,30%	246 44,50%
10	Eu não gostaria de ter que seguir as indicações médicas para tratar uma IST, caso estivesse doente.	378 69,40%	121 22,20%	18 3,30%	13 2,40%	15 2,80%
11	Sendo sexualmente activo, sinto-me desconfortável em tomar cuidados antes e depois das relações sexuais para prevenir uma IST.	224 40,80%	193 35,20%	59 10,70%	50 9,10%	23 4,20%
12	Sendo sexualmente activo, seria um insulto, se o meu parceiro(a) sugerisse usarmos preservativo para evitar uma IST.	362 66,30%	121 22,20%	24 4,40%	25 4,60%	14 2,60%
13	Eu não gosto de falar sobre ISTs, com os meus amigos.	189 34,20%	199 36%	74 13,40%	69 12,50%	22 4%
14	Sentir-me-ia inseguro(a) em consultar um médico, se não tiver a certeza de ter uma IST.	225 40,70%	195 35,20%	44 8%	67 12,10%	22 4%
15	Acho que deveria levar o meu parceiro sexual comigo a um médico, se eu achasse que tinha uma IST.	24 4,30%	18 3,20%	34 6,10%	227 40,90%	252 45,40%
16	Sendo sexualmente activo(a), seria embaraçoso discutir uma IST com o parceiro.	245 44,30%	198 35,80%	38 6,90%	56 10,10%	16 2,90%
17	Se eu for ter relações sexuais, a possibilidade de “apanhar” uma IST faz-me ficar preocupado(a) em ter sexo posteriormente com outras pessoas.	25 4,60%	65 11,90%	79 14,40%	247 45,20%	131 23,90%
18	Eu gosto da ideia da abstinência sexual (sem sexo) como a melhor maneira de evitar uma IST.	252 45,70%	182 33%	63 11,40%	31 5,60%	24 4,30%
19	Se eu tivesse uma IST, eu iria cooperar com os profissionais de saúde pública para encontrar a pessoa que me transmitiu a infecção de transmissão das ISTs.	22 4%	44 8%	97 17,50%	216 39,10%	174 31,50%
20	Se eu tivesse uma IST, evitava expor os outros enquanto estou a ser tratado(a).	22 4%	35 6,30%	56 10,10%	159 28,80%	281 50,80%
21	Eu realizaria exames de ISTs regulares, se eu fosse ter relações sexuais com mais de uma pessoa.	12 2,20%	21 3,80%	54 9,70%	243 43,80%	225 40,50%
22	Eu tenciono procurar sinais de ISTs, antes de decidir ter relações sexuais com alguém.	14 2,50%	55 10%	111 20,10%	253 45,80%	119 21,60%
23	Vou limitar a minha actividade sexual a apenas um parceiro, tendo em conta as possibilidades de “apanhar” uma IST.	48 8,70%	106 19,20%	108 19,60%	176 31,90%	114 20,70%
24	Eu vou evitar o contacto sexual sem preservativo, todas as vezes que ache que há uma pequena possibilidade de “apanhar” uma IST.	43 7,80%	35 6,40%	32 5,80%	176 32%	264 48%
25	A possibilidade de “apanhar” uma IST não me impede de ter relações sexuais sem preservativo.	242 43,50%	148 26,60%	59 10,60%	81 14,60%	26 4,70%
26	Se eu tivesse possibilidade, iria apoiar os esforços da comunidade para controlar a transmissão de ISTs.	6 1,10%	11 2%	67 12,10%	260 46,80%	212 38,10%
27	Estou disposto a trabalhar com os outros, para tornar as pessoas conscientes dos problemas das ISTs, na minha cidade.	7 1,30%	26 4,70%	119 21,40%	246 44,30%	157 28,30%